

№ 1 • 2008

ОНКОХИРУРГИЯ ONCOSURGERY

- МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС
ПО ОНКОХИРУРГИИ
- INTERNATIONAL CONGRESS OF ONCOSURGERY



УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Предлагаем вашему вниманию новый журнал «Онкохирургия».

Новое издание призвано довести до читателя все современные тенденции и достижения по различным направлениям хирургической онкологии. Внедрение новых высокотехнологичных и постоянное совершенствование существующих методов диагностики и лечения больных со злокачественными новообразованиями требует от врачей различных специальностей глубоких знаний по смежным разделам медицинской науки. Дальнейший прогресс в хирургической онкологии невозможно представить без тесного сотрудничества онкологов и хирургов на основе современных знаний и общих подходов к лечению больных со злокачественными опухолями различных локализаций.

Основной задачей нового журнала является информирование врачей различных специальностей о современных достижениях онкохирургии. Приглашаем онкологов, хирургов к научной дискуссии на страницах издания в виде публикации результатов исследований, обзоров по актуальным проблемам клинической онкологии, а также интересных случаев из практики. Надеемся, что журнал «Онкохирургия» будет востребован широкой медицинской общественностью и послужит мощным толчком к объединению врачей различных специальностей в борьбе против злокачественных новообразований.

В первом номере представлены материалы первого международного конгресса по онкохирургии, состоявшегося в г. Краснодаре.

Редколлегия журнала «Онкохирургия»

DEAR COLLEAGUES,

We are offering you our new journal «Oncologic Surgery». The new edition is aimed to acquaint readers with all uptodate trends and achievements in different fields of surgical oncology.

Introduction of new hightech methods in oncologic surgery and constant perfection of existing methods of diagnostics and treatment patients suffering from malignant tumours demand from specialists of a profound scientific knowledge in adjacent fields of medicine.

Further progress in surgical oncology is only possible on the basis of close cooperation and joint efforts of surgeons and oncologists who implement contemporary methods and aggregate approaches to treatment of patients with malignant tumours of various localizations.

The new journal is intended to inform medical specialists about the latest achievements in all spheres of surgical oncology. We kindly invite the scientific community, primarily oncologists and surgeons, to start the debates by publishing of results of researches, reviews of actual problems of oncology, and also interesting clinical cases from their medical practice.

We expect the journal to be actual for wide medical public and we hope it will consolidate our joint efforts in cancer control activities.

In the first issue of the journal we present scientific materials, articles and reviewsintroduced at the First International Oncologic Surgery Congress held in Krasnodar.

Editorial staff

УЧРЕДИТЕЛИ: • Ассоциация онкологов России

- ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий»
- Фонд паллиативной помощи и реабилитации больных
- Российская ассоциация терапевтических радиационных онкологов

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР: В.И. Чиссов

ЗАМГЛАВНОГО РЕДАКТОРА: И.В. Решетов, В.А. Кубышкин

РЕДКОЛЛЕГИЯ: М.Д. Алие, Ю.Ю. Андреева, Б.А. Бердов,
А.В. Бутенко, Л.З. Вельшер, Н.Н. Волченко,
Д.А. Гранов, В.Ф. Касаткин, Е.П. Куликов,
О.В. Пикин (секретарь), В.А. Порханов,
А.Ф. Романчишен, Ю.С. Сидоренко,
И.С. Стилиди, А.В. Фёдоров, В.П. Харченко,
В.А. Черехаев, Е.Ц. Чойнзонов,
А.А. Шелеско (секретарь), Ю.А. Шелыгин, А.В. Чжао

РЕДСОВЕТ: А.А. Вишнеvский, Г.И. Воробьёв,
В.В. Дворниченко, А.Г. Зирин,
А.Н. Коновалов, Н.О. Миланов,
В.М. Моисеенко, Г.А. Новиков,
О.А. Орлов, Н.А. Осипова,
И.Г. Русаков, С.А. Седых,
В.Ф. Семиглазов, А.В. Черниченко

ИНОСТРАННЫЕ ЧЛЕНЫ РЕДКОЛЛЕГИИ

MEMBERS OF THE EDITORIAL STAFF

М. Auersperg (Slovenia), G. dosSantos (Portugal), N.O. Higgins (Ireland), I. Kott (Israel),
М. Moraes (Brazil), D.L. Morton (USA), V. Parisi (Italy), M. Ramli (Indonesia), F. Rochard
(France), Н. Shukla (India), K.V. Smitten (Finland), M.G. Smola (Austria), W. Temple
(Canada), Г.В. Бондарь (G. Bondar) (Украина), И.В. Залуцкий (I. Zalutsky) (Белоруссия)

FOUNDERS

- Oncologists Association of Russia
- Moscow Gertsen Cancer Research Institute
- Fund of Rehabilitation Palliative Medicine
- Association of Therapeutical Radiation Oncologists of Russia

EDITORINCHIEF: V. Chissov

DEPUTY OF THE EDITORINCHIEF: I. Reshetov, Y. Kubyshkin

EDITORIAL STAFF: M. Aliev, Y. Andreeva, B. Berdov, A. Butenko, L. Velsher,
N. Volchenko, D. Granov, V. Kasatkin, E. Kulikov, O. Pikin (secretary),
V. Porkhanov, A. Romanchishen, Y. Sidorenko, I. Stilidi, A. Fedorov,
V. Kharchenko, V. Cherekaev,
E. Choinzonov, A. Shelesko (secretary),
Y. Shelygin, A. Chzhao

EDITORIAL BOARD: A. Vishnevsky, G. Vorobiev, V. Dvornichenko, A. Zirin, A. Konovalov,
N. Milanov, V. Moiseenko, G. Novikov,
O. Orlov, N. Osipova, I. Rusakov, S. Sedykh, V. Semiglazov, A. Chernichenko

СОДЕРЖАНИЕ

20–56 АБДОМИНАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЯ

- 20 ВАРИАНТ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ С СОХРАНЕНИЕМ ЧАСТИ НАРУЖНОГО СФИНКТЕРА Александров И.И.
- 20 ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ СТИМУЛЯЦИЯ ФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ ПРИ ЛАЗЕРНОСПЕКТРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ Альмяшев.А.З., Лемаева Т.В.
- 21 ТОТАЛЬНАЯ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ Бердов Б.А., Невольских А.А., Ерыгин Д.В.
- 21 ПЕРВИЧНОВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ РАКА ПРОКСИМАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПРЯМОЙ КИШКИ Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Бондаренко Н.В., Золотухин С.Э., Псарас Г.Г., Ефимочкин О.Е., Чуприна Я.А.
- 21 ВОЗМОЖНОСТЬ СОХРАНЕНИЯ МЫШЕЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ДИАФРАГМЫ ТАЗА ПРИ БРЮШНОАНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ РАКА Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Совпель О.В., Башеев А.В.
- 21 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОХИРУРГИИ У БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНЫМИ СТАДИЯМИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ Воробьев Г.И., Филон А.Ф., Пересада И.В., Челноков М.В.
- 22 ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТСИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ Белоконов В.И., Савинков В.Г., Гинзбург Л.Б., Пырлык А.В., Мешков А.В., Каганов О.И.
- 22 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КРИОДЕСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ Борота А.В., Сидюк А.В., Ищенко Р.В., Крюков Н.В., Богданов Б.А., Тараненко М.Л., Чистяков А.А.
- 22 МЕТОД РАДИОЧАСТОТНОЙ АВЛЯЦИИ ПРИ ЦИТОРЕДУКТИВНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА Белоконов В.И., Козлов С.В., Каганов О.И., Савинков В.Г., Мешков А.В.
- 22 ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ Белоус Т.А., Майновская О.А., Вашакмадзе Л.А., Бутенко А.В., Сидоров Д.В., Ложкин М.В.
- 23 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ПОЛНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Псарас Г.Г., Золотухин С.Э., Бондаренко Н.В.
- 23 ЭВИСЦЕРАЦИИ МАЛОГО ТАЗА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМИ РЕЦИДИВАМИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ Вашакмадзе Л.А., Бутенко А.В., Сидоров Д.В., Алексеев Б.Я., Гришин Н.А., Хомяков В.М., Ложкин М.В., Петров Л.О.
- 23 СЕГМЕНТАРНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Назаренко Н.А., Ионкин Д.А.
- 24 АТИПИЧНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАДИОЧАСТОТНОЙ АППАРАТУРЫ (ПЕРВЫЙ ОПЫТ) Воробьев Г.И., Кашников В.Н., Шельгин Ю.А., Орлова Л.П., Пикунов Д.Ю.
- 24 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОХИРУРГИИ У БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНЫМИ СТАДИЯМИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ Воробьев Г.И., Филон А.Ф., Пересада И.В., Челноков М.В.
- 24 АЛЬТЕРНАТИВА ЭКСТИРПАЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Еропкин П.В., Орлова Л.П., Маркова Е.В., Подмаренкова Л.Ф., Пикунов Д.Ю.
- 25 ВЛИЯНИЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НА ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОТИП РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ. Гатауллин И.Г., Петров С.В., Жинов А.В., Городнов С.В.
- 25 МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИСФУНКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕРВОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ Григорян В.А., Каткова Н.Е., Кравченко А.Ю., Царьков П.В., Мудров Н.М.
- 25 ПРИМЕНЕНИЕ СОЧЕТАНИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИНФУЗИИ И СИСТЕМНОГО ВВЕДЕНИЯ ИРИНОТЕКАНА ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ Гришина И.М., Когония Л.М., Северцев А.Н.
- 26 РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НИЖНЕАМПУЛЯРНЫМ РАКОМ ПОСЛЕ БРЮШНОПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ С СОЗДАНИЕМ РЕЗЕРВУАРНОГО НЕОРЕКТУМА Дудка А.С., Баранов А.В., Дербенёв С.Н., Коньков Р.В., Барышев А.Г.

- 26 РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ Дудка А.С., Баранов А.В., Дербенёв С.Н., Коньков Р.В., Барышев А.Г.
- 26 ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ВНУТРИТАЗОВОЙ ХИМИОТЕРАПИИ С ГИПЕРТЕРМИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ Еропкин П.В., Шельгин Ю.А., Алексеев М.В.
- 27 КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК, ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ Китаев А.В., Немытин Ю.В., Петров В.П., Леонов С.В., Гайдукевич И.В.
- 27 СТРУКТУРА И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ Кохнюк В.Т., Колядич Г.И., Бондаренко В.М.
- 27 ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА МЕТАСТАЗОВ И РЕЦИДИВОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА Майстренко Н.А., Курьгин Ал.А., Хрыков Г.Н.
- 28 ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НЕРВОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ Мудров Н.М., Царьков П.В., Самофалова О.Ю., Каткова Н.Е. Кравченко А.Ю.
- 28 НЕОАДЪЮВАНТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ Валерио Паризи, Паоло Делрио
- 28 ПРЕДИКТОРНЫЕ МАРКЕРЫ В ФИЗИОЛОГИИ И АНАТОМИИ ДЛЯ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ Джоханн Пфайфер
- 28 ХИРУРГИЧЕСКОЕ И КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ Рыбаков Е.Г., Шельгин Ю.А., Нечушкин М.И., Капуллер Л.Л., Маркова Е.В., Максимова Л.В.
- 29 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРЕХЛЕТНИХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ Фомин А. Ю., Новохатский И. А., Власов В. В.
- 29 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИНЦИПА РАСШИРЕННОГО ЭКСТРАФАСЦИАЛЬНОГО ВЫДЕЛЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ РЕКТАЛЬНОГО РАКА Царьков П.В.
- 29 НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ С РУЧНОЙ АССИСТЕНЦИЕЙ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ Шельгин Ю.А., Шахматов Д.Г., Воробьев Г.И., Фролов С.А.
- 30 «УСКОРЕННАЯ» И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ В ХИРУРГИИ ОБОДОЧНОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ Schoenberg M.H., Schwendtner P.
- 30 СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ГЛАДКОМЫШЕЧНОГО НЕОСФИНКТЕРА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ИЛИ УДАЛЕНИЯ ЗАМКАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ Царьков П.В., Мудров И.М., Кравченко А.Ю., Иулдашев А.Г.
- 30 РАДИКАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНЫХ ФОРМ РЕКТАЛЬНОГО РАКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ РАСШИРЕННОГО ЭКСТРАФАСЦИАЛЬНОГО ВЫДЕЛЕНИЯ ПРЯМОЙ ИЛИ НИЗВЕДЕННОЙ КИШКИ Царьков П.В., Мудров Н.М., Тулина И.А., Миронов Б.И.
- 31 ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕФАЛОСПОРИНОВ 3 ПОКОЛЕНИЯ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИТОНИТЕ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Шишло И.Ф.
- 31 ЧАСТОТА КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ОНКОПРОКТОЛОГИИ Щерба С.Н., Половинкин В.В.
- 31 ПРИМЕНЕНИЕ РУЧНОГО ОДНОРЯДНОГО ШВА ПРИ НАЛОЖЕНИИ КОНЦЕКОНЦЕВОГО АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ Юдин В.А., Левушкина А.А., Юдин И.В.
- 31 НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ Вишневецкий В.А., Ионкин Д.А., Гаврилин А.В., Жаворонкова О.И., Ефанов М.Г., Шуракова А.В.
- 32 ТЕХНОЛОГИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИЛЮСНЫХ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМ Рудаков В.А., Охотина Г.Н., Измайлова Л.Г., Понкина О.Н., Рудаков А.В., Бабенко Е.А., Охотина А.В.
- 32 ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ ПРИ ГЕМИГЕПАТЭКТОМИЯХ СПРАВА Лаврентьев А.А., Касаткин В.Ф., Маслов А.А.
- 32 СОВОКУПНОСТЬ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПЕРВИЧНОМ И ВТОРИЧНОМ РАКЕ ПЕЧЕНИ Агаева З.А., Федичева Н.А., Горбов Л.В.
- 33 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОБСТРУКТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ХОЛЕДОХА Катрич А.Н., Габриэль С.А., Балалыкин А.С., Балалыкин В.Д.
- 33 ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ Лядов К.В., Вишнинский А.А., Ермаков Н.А.

- 33 УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ ГИЛЮСНЫХ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМ, ОСЛОЖНЕННЫХ СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ И ИНВАЗИЕЙ В МАГИСТРАЛЬНЫЕ СОСУДЫ ВОРОТ ПЕЧЕНИ Рудаков В.А., Измайлова Л.Г., Охотина Г.Н., Хондюкова Н.Н., Украинцева М.В.
- 34 КОМБИНИРОВАННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ВОВЛЕЧЕНИЕМ В ПРОЦЕСС СОСУДИСТЫХ СТРУКТУР Рудаков В.А., Охотина Г.Н., Бабенко Е.А., Варышев А.Г., Карпучин Д.Г., Шевченко С.С., Рудаков А.В., Охотина А.В.
- 34 ЧРЕЗКОЖНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ ТЕРМОАБЛАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ Томенко К.Н.
- 34 НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СТАНДАРТНЫХ И РАСШИРЕННЫХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ Егоров В.И., Козлов И.А., Вишневский В.А., Кригер А.Г., Мелехина О.В.
- 34 ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Майстренко Н.А., Басос С.Ф., Курыгин Ал.А., Гуревич Л.Е., Хижа В.В.
- 35 РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИЛИ ЛОКАЛЬНАЯ ФОРМА АУТОИММУННОГО ПАНКРЕАТИТА? МОЖНО ЛИ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ ДО ОПЕРАЦИИ? Егоров В.И., Вишневский В.А., Щеголев А.И., Кармазановский Г.Г., Яшина Н.И., Павлов К.А., Пугачева О.Г., Дубова Е.А., Свитина К.А., Мелехина О.В.
- 35 ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К СПОСОБУ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ВИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ Касаткин В.Ф., Кит О.И., Снежко А.В., Максимов А.Ю., Фоменко Ю.А.
- 35 ОНКОГЕНЕЗ И ПРОФИЛАКТИКА РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЭТАПАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО И МЕ ДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА (ХП) Корочанская Н.В., Рогаль М.Л., Гришина И.Ю.
- 36 ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ С СОХРАНЕНИЕМ ПРИВРАТНИКА Поликарпов С.А.
- 36 СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ДИФДИАГНОСТИКЕ КИСТОЗНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Степанова Ю.А., Кармазановский Г.Г., Кубышкин В.А., Кочатков А.В., Щёголев А.И.
- 36 РЕЗУЛЬТАТЫ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Халецкий И.В., Вондарь Г.В., Думанский Ю.В.
- 36 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ Бурмистров М.В, Сигал Е.И, Иванов А.И., Бродер И.А., Моршек А.А.
- 37 ИССЛЕДОВАНИЕ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ РАННЕМ РАКЕ ЖЕЛУДКА Вашакмадзе Л.А., Бутенко А.В., Велоус Т.А., Хомяков В.М., Колобаев И.В.
- 37 ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СПЛЕНСОХРАННОЙ D2 ЛИМФОДИСЕКЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ТЕЛА И ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА Стилиди И.С., Неред С.Н., Рябов А.Б., Свиридов А.А.
- 38 ПЕРСТНЕВИДНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ЖЕЛУДКА: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ, РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ Скоропад В.Ю., Вердов В.А., Локтионова О.В., Титова Л.Н.
- 38 НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА Шостка К. Г., Роман Л. Д., Богородский Д. Ю., Костюк И. П., Карачун А. М., Павленко А. Н., Федченко А. В.
- 38 ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ И РЕЦИДИВНЫХ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЯХ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА Вашакмадзе Л.А., Бутенко А.В., Сидоров Д.В., Черемисов В.В.
- 38 КОМБИНИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОРГАНЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЕЙ Иванова Ю. Г., Румянцева И. К., Блохин В. Н., Феллер В. С., Трофимов Л. А., Бабаян К. В., Дорохов С. В.
- 39 ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНТЕРОПЛАСТИКИ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ РАСШИРЕННОЙ ГАСТРЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА Барышев А.Г., Грицаев Е.И., Левичкин В.Д., Крыжановский А.А.
- 39 КЛИНИКО МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ РАКА ЖЕЛУДКА Вашакмадзе Л.А., Чайка А.В.
- 40 ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ РАСШИРЕННЫХ ЛИМФОДИСЕКЦИЙ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА Виниченко А.В., Каушанский В.В., Мурашко Р.А., Яргунин С.А.
- 40 ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛИМФОДИСЕКЦИЙ В ХИРУРГИИ РАКА ЖЕЛУДКА Виниченко А.В., Каушанский В.В., Мурашко Р.А., Яргунин С.А.
- 40 ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА Воздвиженский М.О.

- 40 НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА Гасанов Г.Д., Терещенко А.Г., Лабазанов М.М., Гасанов Н.Г.
- 41 ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА С ПРОРАСТАНИЕМ В ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ Джураев М.Д., Юсупбеков А.А., Эгамбердиев Д.М.
- 41 ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ЗАПУЩЕННЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА Сидюк А.В., Думанский Ю.В., Заика А.Н., Рогалев А.В., Готовкин С.И., Никулин И.В., Троян П.П.
- 41 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА Иванова Ю. Г., Румянцева И. К., Блохин В. Н., Феллер В. С., Лешев А. В., Бабаян К. В.
- 42 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА Иванова Ю. Г., Румянцева И. К., Блохин В. Н., Феллер В. С., Панков С. М., Чирков Р. Н., Бабаян К. В.
- 42 D2ЛИМФОДИССЕКЦИЯ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА Куликов Е.П., Каминский Ю.Д., Судаков И.Б.
- 42 ОЦЕНКА ПЕРЕНОСИМОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ В ПЛАНЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА III-IV СТАДИИ Болотина Л.В., Крамская Л.В., Корниецкая А.Л., Пайчадзе А.А.
- 43 РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ОПУХОЛИ Кутуков В.В., Круглова Т.С., Чернухин А.А.
- 43 ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА РАКА ЖЕЛУДКА И ХАРАКТЕР ИЗБРАННОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА Медникова Н.В., Грачева Ю.В., Круговая Н.В., Уваров И.В., Марков П.В.
- 43 НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА Мирзараимова С.С., Джураев М.Д.
- 44 К ВОПРОСУ ПРИНЦИПАЛЬНОЙ СПЛЕНЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА Мирзараимова С.С., Джураев М.Д.
- 44 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА Молдоев М.И., Жумабаев А.Р.
- 44 НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОЛИПОВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДКА Оноприев А.В., Тлехурай Р.М., Таран А.А., Серикова С.Н.
- 44 ВОЗМОЖНОСТИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОГО РАКА ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА Салиев Ю.А., Остапенко Ю.В., Кравцова В.Н.
- 45 СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМБИНИРОВАННОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАКА ЖЕЛУДКА: ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ С ДНЕВНЫМ ДРОБЛЕНИЕМ ДОЗЫ + ГАСТРЭКТОМИЯ, ЛИМФОДИССЕКЦИЯ D2 Скоропад В.Ю., Вердов Б.А., Титова Л.Н.
- 45 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННЕГО РАКА ЖЕЛУДКА Скоропад В.Ю., Вердов Б.А.
- 45 НАЧАЛЬНЫЙ ОПЫТ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИИ РАКА ЖЕЛУДКА Черепанин А.И., Антонов О.Н., Нечаенко А.М.,
- 46 ГАСТРЭКТОМИЯ С РАСШИРЕННОЙ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЕЙ И СОХРАНЕНИЕМ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Рогаль М.М., Ветшев Ф.П.
- 46 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ПРОГНОЗИРОВАНИИ БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА Куликов Е.П., Лапкин М.М., Головкин Е.Ю., Судаков И.Б.
- 46 ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛИМФОДИССЕКЦИЙ В ХИРУРГИИ РАКА ЖЕЛУДКА Виниченко А.В., Каушанский В.Б., Мурашко Р.А., Яргунин С.А.
- 46 СОХРАНЕНИЕ ТОПИЧЕСКОЙ ИННЕРВАЦИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ВО ВРЕМЯ РАСШИРЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ Воздвиженский М.О.
- 47 ВЛИЯНИЕ РЕЗЕРВУАРА НА ПРОЦЕСС РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РАСШИРЕННОЙ ГАСТРЭКТОМИИ Джураев М.Д., Юсупбеков А.А., Эгамбердиев Д.М., Эшонов А.К.
- 47 РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РАКОМ Баранов А.Ю., Жарков В.В., Малькевич В.Т., Оситрова Л.И., Курчин В.П., Яськевич Л.С., Коробач С.С., Мавричев В.Ю.
- 47 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РАКОМ С ВЫСОКИМ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ Хоробрых Т.В., Величко О.А., Вычужанин Д.В.
- 48 ЕЮНОГАСТРОПЛАСТИКА ПОСЛЕ ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА Виниченко А.В., Каушанский В.Б., Мурашко Р.А., Яргунин С.А.

- 48 СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА Касаткин В.Ф., Снежко А.В., Каймакчи О.Ю., Максимов А.Ю., Чижиков Н.В.
- 48 ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Имамов О.А., Алмардонов Р.В.
- 48 ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА IV СТАДИИ Вашакмадзе Л.А., Бутенко А.В., Сидоров Д.В., Ложкин М.В.
- 49 ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ Вельшер Л.З, Праздников Э.Н., Габуня Э.Р., Каракетова М.Ю., Семенов М.В.
- 49 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА Барышев А.Г., Грицаев Е.И., Крыжановский А.А.
- 49 ПРОФИЛАКТИКА ПЕРВИЧНОЙ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ЭЗОФАГОГАСТРОАНАСТОМОЗА НА ШЕЕ ПРИ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ Еникеев Р.Ф., Бурмистров М.В., Сигал Е.И.
- 50 КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА Звездин Р.В., Марусов О.Н., Кичик Д.В.
- 50 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА Касаткин В.Ф., Кит О.И., Снежко А.В.
- 50 ОПЫТ НАЛОЖЕНИЯ НОВОГО АНТИРЕФЛЮКСНОГО ВНЕПЛЕВРАЛЬНОГО ЭЗОФАГОГАСТРОАНАСТОМОЗА Кротов Н.Ф., Расулов А.Э.
- 50 РЕКОНСТРУКТИВНОСОСТАВЛЯТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Хайрутдинов Р.В., Алмардонов Р.В.
- 51 ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА И ПИЩЕВОДА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ Сытов А.В., Свиридова С.П., Нехаев И.В., Ломидзе С.В., Боровкова Н.В., Климанов И.А.
- 51 ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОПРОТЕЗОВ ПРИ ДИСФАГИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА Хайрутдинов Р.В.
- 51 ОДНОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ГРУДИ И ЖИВОТА ПРИ ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ Жестков К.Г., Александров В.Б., Александров К.Р., Сухов В.С., Разбирин В.Н.
- 51 НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО В РОНЦ МЗ РУЗ. Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Имамов О.А., Алмардонов Р.В.
- 52 НЕОЦИСТОПЛАСТИКА В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ МАЛОГО ТАЗА, ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ОРГАНА ДЛЯ СОЗДАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ОПТИМИЗАЦИЯ ЕГО КРОВΟΣНАВЖЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКА РЕФЛЮКСОВ Касаткин В.Ф., Кит О.И., Максимов А.Ю., Фоменко Ю.А.
- 52 ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕСТНО РАСПРОСТРАНЕННЫМИ СТАДИЯМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Аверьянова С.В., Гречишников Т.В, Бяхов М.Ю.
- 52 НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА Шостка К. Г., Роман Л. Д., Богородский Д. Ю., Костюк И. П., Карачун А. М., Павленко А. Н., Федченко А. В.
- 53 ОБ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ИНТРААВДОМИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ Шишло И.Ф, Матылевич О.П.
- 53 КОМБИНИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С СИНХРОННЫМИ И МЕТАХРОННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ Рудаков В.А., Охотина Г.Н., Барышев А. Г., Каде А.Х., Рудакова О.В., Ермолин В.Н., Украинцева М.В., Вабенко Е.А., Рудаков А.В.
- 53 ХИРУРГИЧЕСКОЕ И КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ Рыбаков Е.Г., Шельгин Ю.А., Нечушкин М.И., Капуллер Л.Л., Маркова Е.В., Максимова Л.В.
- 54 ВИДЕОАССИСТИРОВАНИЕ ПРИ АБДОМИНОЦЕРВИКАЛЬНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Алмардонов Р.В., Имамов О.А.
- 54 РОЛЬ ТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПЛЕВРИТОВ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ Авторы: Расулов А.Э., Кротов Н.Ф., Имамов О.А.
- 54 К ВОПРОСУ О МЕТОДАХ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ Тотиков В.З., Тотиков Э.В., Зураев К.Э., Тотиков М.З.
- 55 ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ Тотиков В.З., Тотиков М.З., Алборов О.С., Тотиков Э.В.

- 55 ХИРУРГИЧЕСКОЕ И КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ СТАРШЕ 70 ЛЕТ Фомин А. Ю., Власов В. В., Новохатский И. А.
- 55 СОХРАНЕНИЕ ТОПИЧЕСКОЙ ИННЕРВАЦИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ВО ВРЕМЯ РАСШИРЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ Воздвиженский М.О.
- 55 ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ БРЮШНОАНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ С НИЗВЕДЕНИЕМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В АНАЛЬНЫЙ КАНАЛ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ Гончаров А.Л., Корнев Л.В., Разбирин В.Н., Виноградов Ю.А.
- 56 ИНФОРМАТИВНОСТЬ ОПУХОЛЕВЫХ МАРКЕРОВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ И РЕЦИДИВОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА Майстренко Н.А., Курыгин Ал.А., Хрыков Г.Н.
- 56 ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Шишло И.Ф., Мавричев С.А.
- 56 ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКЕ ПОСЛЕ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ Адамян А.А.

57–61 АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ОНКОХИРУРГИИ

- 57 СТРЕССЛИМИТИРУЮЩАЯ КОРРЕКЦИЯ КАК КОМПОНЕНТ ТОТАЛЬНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЛЕГКОГО Туманян С.В., Попова Е.В.
- 58 АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБШИРНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ Малышев Ю.П., Долмова К.А.
- 58 ВЫБОР АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОВИЯ ПРИ БРАХИТЕРАПИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Петрова М.В., Шевченко А.Н., Смелянец С.В., Болихова Н.А.
- 59 ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Исаев В.П., Черний В.И., Исаева С.В.
- 59 ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГА Уклонский А.Н., Левитэ Е.М., Стерлин Ю.Г.
- 59 ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ОНКОХИРУРГИИ Нехаев И.В, Свиридова СП, Ломидзе С.В, Баландин В.В, Сытов А.В, Жужгинова О.В.
- 60 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДОРМИКУМА В АНЕСТЕЗИИ ПРИ ТОРАКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ Уклонский А.Н., Маслова Т.И.
- 60 КРОВОПОТЕРЯ ПРИ ТОРАКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ Левитэ Е.М., Вельшер Л.З., Уклонский А.Н.
- 60 МЕТОД ПОСТОЯННОГО ИЗМЕРЕНИЯ ОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ Левитэ Е.М., Вельшер Л.З., Уклонский А.Н.
- 60 ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ДИФFUЗНЫХ МАССИВНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ОНКОЛОГИИ Ходоренко С.А, Баркаган З.С., Лазарева.Ф., Мамаев А.Н., Мамаева И.Н., Момот А.П., Россоха А.В., Назарова.В.
- 61 ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПОНЕНТОВ ДОНОРСКОЙ КРОВИ Домрачев С.А., Сукач С.Е., Богопольский П.М., Таричко Ю.В.
- 61 ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ГИПОКСЕМИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ Уклонский А.Н., Левитэ Е.М., Вельшер Л.З.

62–67 НЕЙРООНКОЛОГИЯ

- 62 ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ВНУТРИМОЗГОВЫХ МЕТАСТАЗОВ Чиссов В.И., Решетов И.В., Соколов В.В., Зайцев А.М., Шелеско А.А., Сухин Д.Г.
- 62 МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИИ ЭКСТРАИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ Гуляев Д.А., Олюшин В.Е., Чеботарев С.Я., Калакутский Н.В., Науменко Н.Н., Кузбекова З.Ф.
- 62 ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ И МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА Гуца А.О.
- 63 ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМИ И МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ОПУХОЛЯМИ МОЗГА Вакуловская Е.Г., Карахан В.Б., Стратонников А.А., Алешин В.А.
- 63 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ СКАТА ЧЕРЕПА Кузбекова З.Ф., Чеботарев С.Я., Гуляев Д.А.
- 63 СТЕРЕОТАКСИЧЕСКАЯ РАДИОХИРУРГИЯ ВНУТРИМОЗГОВЫХ МЕТАСТАЗОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ «ГАММАНОЖА»: ТАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ Ильялов С.Р., Голанов А.В., Пронин И.Н., Долгушин М.Б., Потапов А.А., Лошаков В.А., Шишкина Л.В., Костюченко В.В., Зотова М.В.
- 64 ДИАГНОСТИКА НОВООБРАЗОВАНИЙ КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЭНДОАЗАЛЬНОЙ БИОПСИИ Шелеско Е.В., Капитанов Д.Н.

- 64 ХИРУРГИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ИНТРАЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ
Сидоренко Ю.С., Григоров С.В.
- 64 ПРИМЕНЕНИЕ ДИСТАНЦИОННОЙ ГАММАТЕРАПИИ В КОМБИНАЦИИ С ИНТРАТЕКАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА Григоров С.В., Емшанов А.В., Рябуха Д.О.
- 65 СЛУЧАИ СОЧЕТАНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА СО ВТОРОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОНКОПРОЦЕССА
Григоров С.В., Атмачиди Д.П.
- 65 АНАЛИЗ РАБОТЫ НЕЙРООНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОСТОВСКОГО НИИ ОНКОЛОГИИ ЗА 2002–2007 ГГ.
Сидоренко Ю.С., Григоров С.В.
- 65 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ЯРЕМНОГО ОТВЕРСТИЯ Гуляев Д.А., Олюшин В.Е, Чеботарев С.Я.,
Калакуцкий Н.В.
- 66 КРАНИОФАЦИАЛЬНЫЕ БЛОКРЕЗЕКЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА Решетов И.В., Черехаев
В.А., Зайцев А.М., Белов А.И., Шелеско А.А.
- 66 СТЕРЕОТАКСИЧЕСКАЯ РАДИОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕВРИНОМАМИ СЛУХОВОГО НЕРВА Ильялов С.Р.,
Золотова С.В., Голанов А.В., Горлачев Г.Е., Костюченко В.В., Корецкая И.Л., Зотова М.В., Никонова
Н.Г., Пронин И.Н., Арутюнов Н.В.
- 67 ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОВОЛНОВОГО МЕТОДА В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА Берснев В.П.,
Соловьев А.Н., Забродская Ю.М.
- 67 ОПУХОЛИ КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕКОНСТРУКЦИЯ Чиссов.В.И., Коновалов А.Н.,
Решетов И.В., Черехаев В.А., Белов А.И., Зайцев А.М., Кравцов С.А.
- 67 ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ ЗОНЫ Решетов И.В.,
Черехаев В.А., Белов А.И., Зайцев А.М.

68–76 ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ

- 68 РАК ШЕЙКИ МАТКИ НА СТАДИИ CARCINOMA IN SITU В ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ Атрощенко Е.Р.
- 68 ХИРУРГИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ IIB–IIIB СТАДИЙ: НЕОБХОДИМОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТЬ Ашрафян Л.А., Антонова И.Б.,
Алешикова О.И., Люстик А.В.
- 68 ОПТИМИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ НА РАННИХ СТАДИЯХ
ЗАБОЛЕВАНИЯ Букуев Н.М., Султангазиева Б.Б., Макимбетов Э.К
- 69 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПИЩЕВОДА ВАРРЕТТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ
ТЕХНОЛОГИЙ Бурмистров М.В, Сигал Е.И, Иванов А.И., Бродер И.А., Морозек А.А.
- 69 ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ТЕЛОМ МАТКИ С ФАКТОРАМИ НЕВЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА
Горбунова В.В., Левицкая И.Г., Путря Е.В.
- 69 ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНВАЗИВНЫМ И МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ Панов А.В.,
Ахметзянова А.В., Манненков П.М.
- 70 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЛИМФАТИЧЕСКИХ КИСТ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ВЕРТГЕЙМА
А.В. Панов, А.В. Ахметзянова
- 70 ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ МАРКЕРА CA125 В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВОВ СЕРОЗНОГО РАКА ЯИЧНИКОВ
Покуль Л.В., Порханова Н.В.
- 71 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ МЕЖДУНАРОДНОГО
ОПРОСНИКА FACTG. Ульрих Е.А., Михеева О.Н., Тамбиева З.А., Урманчеева А.Ф.
- 71 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ТЕЛА МАТКИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО МЕЖДУНАРОДНОМУ ОПРОСНИКУ FACTG
Ульрих Е.А., Михеева О.Н., Урманчеева А.Ф.
- 71 ОПУХОЛЕВЫЕ МАРКЕРЫ В ДИАГНОСТИКЕ ПОГРАНИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ Громова М.А., Афанасьева ЭА.,
Борисов В.И., Солопова А.Г., Табакман Ю.Ю.
- 72 ГЛИОМАТОЗ БРЮШИНЫ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ДИССЕМИНАЦИИ НЕЗРЕЛОЙ ТЕРАТОМЫ ЯИЧНИКА Давыдова И.Ю.,
Кузнецов В.В., Карселадзе А.И., Нечушкина В.М., Морхов К.Ю., Стрельцова О.Н., Карселадзе Д.А.
- 72 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО НЕГОРМОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ
У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ Доброхотова Ю.Э., Венедиктова М.Г., Задонская Ю.Н., Литвинова Н.А.
- 72 ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЯИЧНИКОВ Ерохина Л.В., Потемин С.Н.,
Демидов С.Ю., Томашевский Д.В., Бусарова А.В.

- 73 ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИНИМАВШИХ КОНТРАЦЕПТИВЫ И ПРЕПАРАТЫ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ Карапетян Л.Г., Баймурадова С.М., Солопова А.Г., Табакман Ю.Ю., Макацария.А.Д.
- 73 ИОЛТ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ТЕЛА МАТКИ 1 СТАДИИ Коломиец Л.А., Чивчиш Л.Н., Мусабаева Л.И.
- 73 ЛАПАРОСКОПИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ Косенко И.А., Матылевич О.П., Акинфеев О.В., Куль А.В., Костевич Г.В.
- 74 ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ МНОГОКОМПОНЕНТНЫХ ПРОГРАММ ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ Каприн А.Д., Ашрафян Л.А, Титова В.А, Костин А.А, Крейнина Ю.М., Шипилова А.Н.
- 74 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ Леонов М.Г.
- 74 ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ГЕМОТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ Литвинова Т.М., Косенко И.А., Истомин Ю.П.,
- 74 К ВОПРОСУ ОБ АДЪЮВАНТНЫХ МЕТОДАХ, ПОВЫШАЮЩИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ Литвинова Т.М., Косенко И.А., Фурманчук Л.А., Таргонская Г.К.
- 75 ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В КЫРГЫЗСТАНЕ Макимбетов Э.К., Игисинов Н.С, Умаралиева Г.К.
- 75 ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Мамедова Л.Т., Кузнецов В.В.
- 75 ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗНО ЯИЧНИКОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ РАНЕЕ В НЕОНКОЛОГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ Марьенко А.С., Гачкайло А.И., Романюк А.Г., Картавцева Т.А., Зейналов Р.А., Быстрова О.В.
- 76 НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ АНЕМИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Масчан А.А.
- 76 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАКА ЯИЧНИКОВ СЕРОЗНОГО И МУЦИНОЗНОГО СТРОЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ Мильчаков Д.Е.
- 76 ОБЪЕМ ПАРААОРТАЛЬНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ (РШМ) IB И IIA СТАДИЙ Мухтарулина С.В., Ушаков И.И., Лысенко М.В.

77–94 ОНКОМАМОЛОГИЯ

- 77 ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМИ СТАДИЯМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Аверьянова С.В, Гречишников Т.В, Вяхов М.Ю.
- 77 ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ИММУННОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ С ОТЕЧНОИНФИЛЬТРАТИВНОЙ ФОРМОЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ Барсуков В.Ю., Чеснокова Н.П., Плохов В.Н., Зяблов Е.В.
- 78 ПРЕИМУЩЕСТВА АМБУЛАТОРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Стрыгина Е.А., Сирота Л.Д.
- 78 РЕКОНСТРУКТИВНОПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ III СТАДИИ Бекназаров З.П., Наврузов С.Н., Хасанов Р.Ш., Исмагилов А.Х.
- 78 ПРИМЕНЕНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЗАКРЫТИИ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ III СТАДИИ Бекназаров З.П., Наврузов С.Н., Хасанов Р.Ш., Исмагилов А.Х.
- 79 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И РЕКОНСТРУКТИВНОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ И КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ III СТАДИИ Бекназаров З.П., Наврузов С.Н., Хасанов Р.Ш., Исмагилов А.Х.
- 79 СОСТОЯНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПУТИ ЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ Бутаев Г.И., Исаенко М.С.
- 79 РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВОГО ГОДА ДЕЙСТВИЯ СКРИНИНГОВОЙ ПРОГРАММЫ В ПОМОРСКОМ ВОЕВОДСТВЕ НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Ивона Хрущичка, Януш Яшкевич, Пиотр Рак, Беата Имко-Вальчук
- 79 ПРОГНОЗ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, СВЯЗАННЫЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ ОРГАНИЗМА ПАЦИЕНТА Добренький М.Н., Добренькая Е.М.
- 80 СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В БРАХИТЕРАПИИ ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ Дыхно А.Ю., Харченко В.П., Хмелевский Е.В., Титова В.А., Рожкова Н.И.
- 80 РОЛЬ БИОПСИИ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В ВЫБОРЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Ермаков А.В., Пак Д.Д.

- 80 СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ МЕТАСТАЗОВ В КОСТИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Гатауллин И. Г., Шамсутдинова Я.Ф., Петров С.В.
- 81 ГЕНЫ СИСТЕМЫ БИОТРАНСФОРМАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Генс Г.П., Вельшер Л.З., Коробкова Л.И., Рассказчикова Е.С., Гра О.А., Кожекбаева Ж.М., Наседкина Т.В.
- 81 ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Харченко В.П., Чхиквадзе В.Д., Хмелевский Е.В., Добровольская Н.Ю., Шуинова Е.А., Станоевич У.С.
- 81 ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Седаков И.Е., Лисовская Н.Ю., Кайряк О.В., Комендант В.В., Хилько Д.А.
- 81 МИОПЛАСТИКА КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЛИМФОРЕИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Исмагилов А.Х., Хасанов Р.Ш., Шакирова Г.И., Гимранов А.М.
- 82 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПЕРЕНЕСШИХ ПАРАСТЕРНАЛЬНУЮ ЛИМФОДИССЕКЦИЮ Исмагилов А.Х., Сигал Е.И., Хасанов Р.Ш., Гимранов А.М.
- 82 ПРЕСКАЛЕННАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ, КАК МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Исмагилов А.Х., Хасанов Р.Ш., Мухамадеев М.Ф., Мухамадеев И.Ф.
- 82 РЕЗУЛЬТАТЫ 5ЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПЕРЕНЕСШИХ РАЗЛИЧНЫЕ СПОСОБЫ ПАРАСТЕРНАЛЬНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ Исмагилов А.Х., Сигал Е.И., Хасанов Р.Ш., Овчинникова И.В.
- 82 ВОССТАНОВЛЕНИЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОМОЩЬЮ ЭКСПАНДЕРОВ Исмагилов А.Х., Хасанов Р.Ш., Губайдуллин Х.М., Гимранов А.М.
- 83 ОДНОМОМЕНТНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНОПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Исмагилов А.Х., Хасанов Р.Ш., Гимранов А.М., Губайдуллин Х.М., Овчинникова И.В.
- 83 РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКОГО ЛИЗИСА В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Каплан М.А., Киселева М.В., Горанская Е.В., Капинус В.Н.,
- 83 СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ Куклин И.А., Зеленин В.Н., Тюкавин О.А.
- 83 КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ III «А» СТАДИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИХРЕВОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ Лебедь Е.В., Вахмутский Н.Г.
- 84 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Леванов А.В., Павлов В.В., Карлов В.И., Шишкин О.М., Семисынов В.В.
- 84 ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН Магомедов О.М., Магомедова П.О., Магомедов Г.М., Магомедова Р.О.
- 84 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВОГО ФИБРОАДЕНОМАТОЗА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ Мавроди В.М.
- 85 РЕТРОАРЕОЛЯРНАЯ ОПУХОЛЕВАЯ ИНВАЗИЯ ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Мавроди Т.В., Шалаева Г.В.
- 85 УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ НА АУТОСРЕДАХ ОРГАНИЗМА Орловская Л.А.; Солдаткина Н.В.
- 85 ВОЗДУШНОПЛАЗМЕННЫЕ ПОТОКИ ПРИ РАДИКАЛЬНЫХ МАСТЭКТОМИЯХ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ Пак Д.Д., Соколов В.В., Ермошенкова М.В., Трошенков Е.А.
- 85 ПЛАСТИКА ПОДМЫШЕЧНОПОДКЛЮЧИЧНОПОДЛОПАТОЧНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ РАДИКАЛЬНЫХ МАСТЭКТОМИЯХ Пак Д.Д., Ермошенкова М.В.
- 86 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ МУЛЬТИЦЕНТРИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Пак Д.Д., Аблицова Н.В.
- 86 РАДИКАЛЬНЫЕ ПОДКОЖНЫЕ МАСТЭКТОМИИ С ПЕРВИЧНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ПРИ РАКЕ Пак Д.Д., Рассказова Е.А.
- 86 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОПУЛЯРНЫХ СПОСОБОВ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ МАММОПЛАСТИКИ Пржедецкий Ю.В.
- 87 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ИЗМЕРЕНИЯ ПРОДУКТОВ ДЕГРАДАЦИИ СИЛОКСАНОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ЭНДОПРОТЕЗАМИ ПРИ ПОМОЩИ $^1\text{H-NMR}$ Rak Piotr, Jaśkiewicz Janusz, Łukasiak Jerzy, ImkoWalczyk Beata, Chruścicka Iwona, Honory Maria
- 87 ПАТОЛОГИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У БОЛЬНЫХ РАКОМ И УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Савенок Э.В., Савенок В.У., Редькин А.Н., Бялик А.Я., Смеря Ю.В.

- 87 ЗАВИСИМОСТЬ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТ МЕТОДА ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ Сдвижков А.М., Ядыков О.А., Борисов В.И., Васильева И.Д.
- 87 ЗАВИСИМОСТЬ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТ МЕТОДА ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ Сдвижков А.М., Ядыков О.А., Борисов В.И., Васильева И.Д.
- 88 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЯ НЕКОТОРЫХ СТРЕССМАНИФЕСТНЫХ ГОРМОНОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ДО И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДАХ Шадрин А.К., Бутаев Г.И.
- 88 ВЫБОР ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ IIIA СТАДИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ И ГИПЕРЭКСПРЕССИИ HER2/NEU Шивилов Е.В., Пак Д.Д.
- 88 РЕКОНСТРУКЦИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ Сквородникова Г.Ю., Ли А.Г.
- 89 ПРЕИМУЩЕСТВА АМБУЛАТОРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Стрыгина Е.А., Сирота Л.Д.
- 89 РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КАРЦИНОМОЙ IN SITU МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Усов Ф.Н., Пак Д.Д., Ефанов В.В.
- 89 НОВАЯ МЕТОДИКА ДРЕНИРОВАНИЯ В ОНКОПЛАСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ УЛУЧШАЕТ ИСХОДЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ Varughese Thomas
- 90 ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА Вельшер Л.З, Стаханов М.Л., Стулин И.Д., Савин А.А., Савин Л.А., Стражев С.В., Шихкеримов Р.К., Койчакаева А.С., Лочан Н.В., Лысейко Н.В., Антонюк М.В.
- 90 ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СТЕПЕНЕЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ ОБЛАСТЕЙ ЯДРЫШКОВЫХ ОРГАНИЗАТОРОВ С КОМПЬЮТЕРНОЙ ОБРАБОТКОЙ ИЗОБРАЖЕНИЙ ЯДЕР Волченко Н.Н., Спиридонов И.Н., Самородов А.В., Славнова Е.Н.
- 90 ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЦЕПТОРНОГО СТАТУСА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПОЛИМОРФИЗМЕ ГЕНА СОМТ Жарикова И.А., Смирнова И.А., Кондрашова Т.В.
- 91 НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Адамян А.А., Ромашов Ю.В.
- 91 ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОГО РЕЦИДИВА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Ромашов Ю.В., Адамян А.А.
- 91 РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ НОСА Аль Харби Амин Али, Клочихин А.Л., Чистяков А.Л.
- 91 МОРФОЛОГИЯ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ Вельшер Л. З., Решетов Д. Н., Габуния Э. Р., Цалко С.Э., Гайнединов С.М., Дудицкая Т.К.
- 92 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ В ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ Добренский М.Н., Добренская Е.М., Оганесян Ю.В., Бесчастнова М.А.
- 92 НЕПРЯМАЯ ЛИМФОСЦИНТИГРАФИЯ В ПОИСКЕ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У БОЛЬНЫХ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ Лазутина Т.Н., Пак Д.Д.
- 92 ПЛАСТИКА КОЖНЫХ ДЕФЕКТОВ ОСТРОВКОВЫМИ ЛОСКУТАМИ НА ПЕРФОРАНТНЫХ СОСУДАХ Ляпичева О.В., Пржедецкий Ю.В.
- 92 ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ Овсяницкий С.В., Кабанов А.М.
- 93 МЕЛАНОМА ПОЛОСТИ РТА Решетов И.В., Маторин О.В., Арутюнян Л.С., Корицкий А.В.
- 93 АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ КОЖИ Решетов Д.Н., Вельшер Л.З., Стаханов М.Л, Цалко С.Э., Мазурова М.П., Чочуа Г.А.
- 93 ХИРУРГИЧЕСКОЕ И КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ Рыбаков Е.Г., Шельгин Ю.А., Нечушкин М.И., Капуллер Л.Л., Маркова Е.В., Максимова Л.В.
- 93 ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ МЕЛАНОВЛАСТОМЫ КОЖИ Чистяков А.А., Гончар А.Г., Комендант В.В., Трухин Д.В., Темниченко Д.П., Суганяка В.Г., Дьячков О.Н.
- 94 ФАЛЛОПЛАСТИКА ПРИ АМПУТАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ТОРАКОДОРСАЛЬНЫМ АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ Шимбирёва О.Ю., Миланов Н.О., Адамян Р.Т., Старцева О.И.

57–118 НКООРТОПЕДИЯ

- 95 ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ – МЕТОД ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ КОСТЕЙ Алиев М.Д., Соколовский В.А., Нисиченко Д.В., Орехов М.Н.
- 95 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ Абдикаримов Х.Г., ГафурАхунов М.А., Исламов У.Ф.
- 95 РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ ОСЛОЖНЕННЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПЕРЕЛОМОМ ГафурАхунов М.А., Муминов Ш.М., Абдикаримов Х.Г.
- 96 ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ, ОБРАЗУЮЩИХ КОЛЕННЫЙ СУСТАВ Богдаев Ю.М., Жуковец А.Г., Прудывус И.С.
- 96 РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВЫХ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ МОДУЛЬНЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ ТАЗОВЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ «МАТИЦИТО» Валберкин А.В., Ильин А.А., Колондаев А.Ф., Снетков Д.А., Шавырин Д.А.
- 96 ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ДЕФЕКТАМИ СУСТАВНЫХ КОНЦОВ КОСТЕЙ, ОБРАЗУЮЩИХ КОЛЕННЫЙ СУСТАВ Шевцов В.И., Макушин В.Д., Борзунов Д.Ю.
- 97 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ КРЕСТЦА Беляков С.В., Жуковец А.Г., Богдаев Ю.М., Касюк А.А.
- 97 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ КРЕСТЦА Беляков С.В., Жуковец А.Г., Богдаев Ю.М., Касюк А.А.
- 97 ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ СТАДИЙ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОРГАНСОХРАННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ Сидоренко Ю.С., Козель Ю.Ю., Нестерова Ю.А., Толмах Р.Е.
- 97 ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ И ПЛЮСНЕВЫХ КОСТЕЙ СТОПЫ Климовицкий В.Г., Илларионов В.В., Шпаченко Н.Н., Давыдов Д.И.
- 98 ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ Чугуй Е.В., Жилицын Е.В., Алешенко И.Е.
- 98 ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ХОНДРОСАРКОМ Верченко Г.Н., Шугаева О.В.
- 98П АЛЛИАТИВНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОСТЕЙ Василенко И.Н., Бахмутский Н.Г., Лебедь Е.В.
- 99 КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЁННЫХ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ (СМТ) С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ (ИОЛТ) Зубарев А.Л., Кудрявцева Г.Т., Курильчик А.А., Стародубцев А.Л.
- 99 КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ САРКОМ КОСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ (ИОЛТ) Курильчик А.А., Кудрявцева Г.Т., Мардынский Ю.С. Зубарев А.Л., Стародубцев А.Л., Хмелевская В.Н.
- 99 КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ САРКОМ КОСТЕЙ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЁГКИХ Стародубцев А.Л., Кудрявцева Г.Т., Курильчик А.А., Зубарев А.Л., Медведев В.Н., Медведев Ф.В., Рагулин Ю.А.
- 99 РЕКОНСТРУКТИВНОПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ОПОРНОДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА Решетов И.В., Карпенко В.Ю., Кравцов С.А., Вондарев А.В.
- 100 РЕКОНСТРУКТИВНОПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ОПОРНОДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И КОЖИ Жеравин А.А., Гарбуков Е.Ю., Жамгарян Г.С.
- 100 ТЕХНОЛОГИЯ ДВУХЭТАПНОЙ СПОНДИЛЕКТОМИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА Бабкин А.В.
- 100 РОЛЬ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ (ВП) И ОСТЕОПЛАСТИКИ (ОП) В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Бухаров А.В.
- 101 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА Юндин В.И.
- 101 АДЕКВАТНОЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Алиев М.Д.
- 101 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАВЛАЦИИ В ОНКООРТОПЕДИИ Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Бухаров А.В.
- 102 РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ ОСЛОЖНЕННЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПЕРЕЛОМОМ ГафурАхунов М.А., Муминов Ш.М., Абдикаримов Х.Г.
- 102 КЛИНИКОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТЕОИДОСТЕОМ И ОСТЕОБЛАСТОМ ПОЗВОНОЧНИКА Верченко Г.Н., Шугаева О.В., Франтов А.Р., Шавырин Д.А.

103–118 ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

- 103 ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ГОЛОСОВОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИЙ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Аванесов В.М., Решетов И.В., Голубцов А.К., Поляков А.П., Севрюков Ф.Е.
- 103 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ де'Аджелло Микеле, де'Аджелло Фабио, Кавалер Антонио, Дотторини Массимо, Джордано Антонио, Пакседду Эфисио, Моначели Массимо, Авения Николаа
- 104 ДОСТАТОЧНОСТЬ И ДОСТОВЕРНОСТЬ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Александров Ю.К., Веляков И.Е., Каталов А.Н.
- 104 К ВОПРОСУ ОБ АДЕНОМАХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Аристархов В.Г., Донюков А.И., Пузин Д.А., Аристархов Р.В.
- 104 ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН Афанасьева З.А., Макарова А.В.
- 104 МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ СТАДИРОВАНИЕ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Борискова М.Е., Панкова П.А., Фещенко Н.С., Гинкул Л.Б., Александрова С.А.
- 105 ОПТИМИЗАЦИЯ ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Бржезовский В.Ж.
- 105 ЧАСТОТА МУТАЦИИ ГЕНА BRAF V600E (T1799A) ПРИ ПАПИЛЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СИБИРСКОМ РЕГИОНЕ РОССИИ Буравлева Е.Ю., Малахина Е.С., Храпов Е.А., Лифшиц Г.И., Филипенко М.Л.
- 105 РАННЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Дралле Х.
- 106 МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ В ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЯХ Дралле Х.
- 106 ВЫЖИВАЕМОСТЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ГОРТАНИ И ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ Гашенко А.Д.
- 106 ОСОБЕННОСТИ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Гашенко А.Д.
- 106 К ВОПРОСУ ОБ УДАЛЕНИИ ПАРАТРАХЕАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ Гинзбург Г.А., Гинзбург А.Г., Бузов Д.А.
- 107 ОСОБЕННОСТИ НОЗОГЕОГРАФИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕГИОНЕ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ЭКОЛОГИЧЕСКИМИ УСЛОВИЯМИ Грищенко С.В., Яковец Ю.И., Чистяков А.А., Гончар А.Г., Темниченко Д.П., Чистякова Л.В., Тригубчак Д.И., Кузнецова Л.Н., Дьячков О.Н.
- 107 ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД ЛЕЧЕНИЯ ЭНДЕМИЧЕСКОГО УЗЛОВОГО ЗОВА В ТВЕРСКОМ РЕГИОНЕ Козлов С. Е., Романовский А.В., Садов С.В.
- 107 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Козлов С. Е., Романовский А.В., Садов С.В.
- 107 РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ Письменный В.И., Галкин Р.А., Кривошеков Е.П., Осокин О.В., Письменная А.Д., Блинова В.Ю.
- 108 ОБЪЕМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ЭФФЕКТИВНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАЗАМИ В ЛЕГКИЕ Подольхова Н.В., Дроздовский Б.Я., Гарбузов П.И., Родичев А.А., Тимохина О.В., Иконников А.И., Гусева Т.Н., Шуринов А.Ю.
- 108 РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКОАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ Привалов В.А., Еремин Р.В., Селиверстов О.В., Сергийко С.В.
- 108 КЛИНИКОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАЛОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Рачинский С.В., Цветкова Е.В.
- 109 СПОСОБ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Резанцева Н.П.
- 109 СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИКИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Родичев А.А., Дроздовский Б.Я., Гарбузов П.И., Паршин В.С., Романко С.И.
- 109 НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ РАДИОИОДТЕРАПИИ В ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Родичев А.А., Дроздовский Б.Я., Гарбузов П.И., Гусева Т.Н., Доброва Г.С., Подольхова Н.В., Королева С.В., Шуринов А.Ю.
- 109 ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Романчишен А.Ф.
- 110 РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АНАПЛАСТИЧЕСКИМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Романчишен А.Ф., Залмовер Е.А., Богатиков А.А.
- 110 ОБОЗНАЧЕНИЕ СТЕПЕНИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ОПУХОЛИ ДЛЯ ВЫБОРА РАЦИОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ И РЕЦИДИВНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Романчишен А.Ф., Романчишен Ф.А., Гостимский А.В.

- 110 ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНАТОМИЧЕСКОЙ ДИСЕКЦИИ СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАДИКАЛЬНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Романчишен А.Ф., Леванович В.В., Карпатский И.В.
- 111 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ Романко С.И., Соловьева Л.П., Желонкина Н.В.
- 111 ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ (ИЭМГ) ВОЗВРАТНЫХ ГОРТАННЫХ НЕРВОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ Румянцев П.О., Сороковиков В.Г., Исаев П.А., Семина Г.В., Румянцева У.В., Ильин А.А., Медведев В.С.
- 111 ДИАГНОСТИКА РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ Рыбачков В.В., Тевяшов А.В., Кабанов Е.Н., Россошанская Е.И.
- 112 ВЫБОР ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ АДЕНОМОЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Савенок В.У., Савенок Э.В., Жукова Е.Н., Минакова Е.С., Рыжих О.В.
- 112 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ Савенок Э.В., Минакова Е.С., Савенок В.У., Шевчук Л.В.
- 112 МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ЭКСТРАФАСЦИАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ Савенок Э.В., Савенок В.У., Шевчук Л.В.
- 113 ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Сдвижков А.М., Кожанов Л.Г., Демидов В.П., Финкельштерн М.Р., Солдатов И.В.
- 113 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМИ ФОРМАМИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Седов В.М., Хмелевская В.А.
- 113 ЦЕЛЕСООБРАЗНА ЛИ СУБТОТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ? Седов В.М., Хмелевская В.А.
- 114 ПАЛЛИАТИВНАЯ ЛАЗЕРИНДУЦИРОВАННАЯ ВНУТРИТКАНЕВАЯ ТЕРМОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Селиверстов О.В., Привалов В.А., Яровой Н.Н., Файзрахманов А.Б.
- 114 ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Сергеев С.А., Новожилова Е.Н., Антонова Э.А., Сергеев С.С.
- 114 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Севрюков Ф.Е., Решетов И.В., Голубцов А.К.
- 114 МИНИИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛИМФАДЕНОПАТИИ ПЕРЕДНЕВЕРХНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ Севрюков Ф.Е., Решетов И.В., Голубцов А.К.
- 115 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я.
- 115 ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Шукуров Э.И., Юсупов Б.Ю., Абдурахимов О.Н., Хасанов А.И., Ходжаева Х.В.
- 115 25-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УЗЛОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Шулутко А.М., Семиков В.И., Паталова А.Р., Горбачева А.В., Грязнов С.Е., Чакветадзе Н.Г.
- 116 МЕТОДЫ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Вельшер Л.З., Решетов Д.Н., Асиновсков И.Г., Дудицкая Т.К., Матвеева С.П., Гайнединов С.М.
- 116 СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Волченко Н.Н., Тычинский В.П., Решетов И.В., Славнова Е.Н., Голубцов А.К., Борисова А.В., Клемешов И.В.
- 117 СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Волченко Н.Н., Тычинский В.П., Решетов И.В., Славнова Е.Н., Голубцов А.К., Борисова А.В., Клемешов И.В.
- 117 ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Яковец Ю.И., Чистяков А.А., Гончар А.Г., Остапенко Ю.В., Темниченко Д.П., Иваницкий С.М., Дьячков О.Н.
- 117 СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЭКСТРАФАСЦИАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ Савенок Э.В., Савенок В.У., Жукова Е.Н., Рыжих О.В., Шевчук Л.В.
- 118 РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Зинкевич И.В., Зинкевич О.И., Прокоданова Н.В.

119–130 ТОРАКАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЯ

- 119 ПЕРВИЧНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ГРУДНОЙ СТЕНКИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ Адамян А.А.
- 119 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЛЕГКОГО И ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ Корымасов Е.А., Письменный А.К., Пушкин С.Ю., Тепикин А.А.
- 120 ТРАНСТОРАКАЛЬНАЯ БИОПСИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКИХ Кривошеков Е.П. Королев Д.Г.
- 120 ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Имамов О.А., Алмардонов Р.В.
- 120 ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ Пикин О.В., Колбанов К.И., Глушко В.А., Амиралиев А.М., Мироненко Д.Е.
- 121 РОЛЬ ТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПЛЕВРИТОВ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ Расулов А.Э., Кротов Н.Ф., Имамов О.А.
- 121 ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ ОБРАЗОВАНИЙ СРЕДОСТЕНИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКА Степанов С.О., Казакевич В.И., Гуц О.В.
- 121 ОПУХОЛИ ТРАХЕИ, ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ Харченко В.П.
- 121 КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ МЕЗОТЕЛИОМЫ ПЛЕВРЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕРМОХИМИОТЕРАПИИ Жарков В.В., Курчин В.П., Курченков А.Н., Стефанович Ж.А
- 122 ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНО НЕРЕЗЕКТАВЕЛЬНОГО МЕСТНО–РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЛЕГКОГО Сидоренко Ю.С., Сергостьянц Г.З., Айрапетова Т.Г., Белан О.С.
- 122 БРОНХОМИОПЛАСТИКА КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ ТРАХЕИ И БРОНХОВ В ТОРАКАЛЬНОЙ ОНКОХИРУРГИИ Левченко Е.В., Шутов В.А., Тришин А.А., Клочков М.В., Варчук А.А., Рыбас А.Н., Ветюгов Д.Н.
- 122 ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО СТАРШЕ 70 ЛЕТ Григорьева С.П., Базаров Д.В., Паршин В.Д., Мамедов Ф.Ф.
- 123 СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС КАК ПЕРВИЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ РАКА ЛЕГКОГО Денисов А.И., Тришин Е.В., Петренко Т.Ф., Зеленин М.М.
- 123 РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО Жарков В.В., Еськов С.А., Малькевич В.Т., Курчин В.П., Стефанович Ж.А.
- 123 РАК ЛЕГКОГО IА СТАДИИ Мирзоян О.С., Григорьева С.П., Гудовский Л.М., Паршин В.Д.
- 124 ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО (МРЛ) III СТАДИИ: СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ Моисеев П.И, Жарков В.В.
- 124 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕДКИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ Паршин В.Д., Бирюков Ю.В., Григорьева С.П., Вишневская Г.А.
- 124 РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ Трахтенберг А.Х., Паршин В.Д., Пикин О.В., Колбанов К.И., Глушко В.А.Г, Амиралиев А.М.
- 125 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО (НМРЛ) ПОСЛЕ ИНДУКЦИОННОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ Порханов В.А., Поляков И.С., Кононенко В.В., Коваленко А.Л.
- 125 ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО (НМРЛ) С ИНВАЗИЕЙ В ВЕРХНЮЮ ПОЛУЮ ВЕНУ (ВПВ) Порханов В.А., Поляков И.С., Кононенко В.В., Коваленко А.Л., Ситник С.Д.
- 125 РЕЗЕКЦИЯ ЛЕГКОГО И ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ – ОДНОЭТАПНАЯ ОПЕРАЦИЯ Порханов В.А., Барбухатти К.О., Кононенко В.В., Поляков И.С., Бодня В.Н., Позднякова О.А., Скопец А.А., Коваленко А.Л.
- 126 ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕГОЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ (ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ) В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ Порханов В.А., Карпов Д.М., Кононенко В.В., Поляков И.С., Коваленко А.Л., Ситник С.Д., Сельващук А.П.
- 126 СИСТЕМАТИЧЕСКАЯ ДВУСТОРОННЯЯ БИЛАТЕРАЛЬНАЯ ЛИМФОДИССЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБ. Порханов В.А., Поляков И.С., Кононенко В.В. Бодня В.Н., Коваленко А.Л., Мезеря А.Л., Мамелов М.Ю. Сельващук А.П.
- 126 НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКОГО Рагулин Ю.А., Каплан М.А., Медведев В.Н., Капинус В.Н., Петерс В.В.
- 126 ПЕРВИЧНЫЕ ОПУХОЛИ СЕРДЦА Константинов Б.А., Нечаенко М.А.

- 127 РЕКОНСТРУКЦИЯ РЕБЕРНОГО КАРКАСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЕТКИ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА, ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ Жеравин А.А., Гюнтер В.Э., Гарбуков Е.Ю., Жамгарян Г.С.
- 127 ПРОБЛЕМА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛЕГКИХ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОБШИРНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ОСТРОЙ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ. Ломидзе с.В., Нехаев И.В., Сытов А.В., Свиридова С.Л.
- 127 РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ УСТРАНЕНИИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Трофимов Е.И., Ли А.Г., Алиев А.А.
- 128 МЕТОД РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАЗОВ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК Каганов О.И., Козлов С.В., Хурнин В.Н., Савинков В.Г., Ляс Н.В., Малошевицер М.Д., Тюлюсов А.М., Мешков А.В.
- 128 ВИХРЕВОЕ МАГНИТНОЕ ПОЛЕ И ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ КЛЕТОК РАКА ЛЁГКОГО Бодня В.Н., Бахмутский Н.Г.
- 128 АПОПТОЗ КЛЕТОК РАКА ЛЁГКОГО ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ВИХРЕВОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ Бодня В.Н., Бахмутский Н.Г.
- 129 ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Старинский В.В., Трахтенберг А.Х., Мамонтов А.С., Данилова Т.В.
- 129 ПРОГНОЗ ПЕРВИЧНОЙ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВА КУЛЬТИ ГЛАВНОГО БРОНХА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПНЕВМОЭКТОМИИ Дуглав Е.А., Бурмистров М.В., Сигал Р.Е.
- 129 ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЛЕГКОГО Харченко В.П., Чхиквадзе В.Д., Панышин Г.А., Гваришвили А.А., Альбеков Р.З., Авилов О.Н.
- 130 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЛЕГКОГО Кутуков В.В., Оганесян Ю.В., Газиев М.А., Служко Л.В.

CONTENT

131-145 ABDOMINAL ONCOLOGY

- 131 VARIANT OF ORGAN SAVING OPERATIONS AT RECTUM CANCER WITH CONSERVATION OF SPHINCTER PART OUTSIDE. Aleksandrov I.I.
- 131 ASSESSMENT OF TOLERANCE TO POSTOPERATIVE POLYCHEMOTHERAPY WITH REGARD TO COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH STOMACH CANCER, STAGES III-IV Bolotina L.V., Kramskaya L.V., Kornietzkaya A.L.
- 131 STOMACH ENTEROPLASTY AND ITS FUNCTIONAL RESULTS FOLLOWING EXTENDED GASTRECTOMY FOR CANCER. Barishev A.G., Gritsaev E.I., Levichkin V.D., Krizhanovski A.A.
- 132 METHOD RADIOFREQUENCY ABLATION AT CYTOREDUCTION SURGICAL TREATMENT OF COLORECTAL CANCER. Belokonev V.I., Kozlov S.V., Kaganov O.I., Savinkov V.G., Meshkov A.V.
- 132 PROPHYLAXIS AND TREATMENT OF AN ABDOMINAL COMPARTMENTSNDROME AT PATIENTS WITH THE COMPLICATED COLORECTAL CANCER. Belokonev V.I., Savinkov V.G., Ginzburg L.B., Pyrlyk A.V., Meshkov A.V.
- 132 PATHOMORPHOLOGIC ASSESSMENT OF QUALITY SURGICAL TREATMENT OF RECTUM CANCER Belous T.A., Majnovskaya O.A., Vashakmadze L.A., Butenko A.V., Sidorov D.V., Lozhkin M.V.
- 132 TOTAL MESORECTUMECTOMY IN SURGICAL TREATMENT PATIENTS WITH RESECTABLE RECTUM CANCER. Berdov B.A., Nevolskih A.A., Erygin D.V.
- 133 THE PRIMARY RESTORATIVE SURGERY OF THE CARCINOMA OF THE RECTUM PROXIMAL SECTIONS Bondar G.V., Basheev V.H., Bondarenko N.V., Zolotukhin C.E., Psaras G.G., Yefymochkin O.E., Chuprina J.A.
- 133 POSSIBILITY OF SAVING OF MUSCULAR ELEMENTS OF DIAPHRAGM OF PELVIS AT THE ABDOMINOANAL RESECTION OF RECTUM CONCERNING TO CANCER Bondar G.V., Basheev V.H., Sovpel O.V., Basheev A.V.
- 133 SURGICAL TREATMENT OF COLON CANCER COMPLICATED WITH FULL ILEUS. Bondar G.V., Basheyev V.H., Psaras G.G., Zolotukhin S.E., Bondarenko N.V.
- 133 USE CRYODESTRUCTION IN TREATMENT METASTATIC DEFEATS LIVER. Borota A.V., Sidyuk A.V., Ischenko R.V., Kryukov N.V., Bogdanov B.A., Taranenko M.L., Chistyakov A.A.

- 133 MODERN APPROACHES IN APPLICATION OF ENDOSCOPIC TECHNOLOGIES FOR DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF BARRETT ESOPHAGUS. Burmistrov M.V., Sigal E.I., Ivanov A.I., Broder I.A., Moroshek A.A.
- 134 RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH LOWER AMPULLAR CANCER AFTER A PERINEAL EXTIRPATION OF A RECTUM AND IMPLEMENTATION OF A RECEPTACLE RESERVOIR. Dudka A.S., Baranov A.V., Derbenyov S.N., Konkov R.V., Baryshev A.G.
- 134 RESULTS OF THE COMBINED OPERATIONS AT COLON CANCER. Dudka A.S., Baranov A.V., Derbenyov S.N., Konkov R.V., Baryshev A.G.
- 134 APPLICATION OF INTRAOPERATIVE INTRAPERITONEAL CHEMOTHERAPY WITH HYPERTHERMIA IN TREATMENT OF LOCAL GENERALIZED RECTUM CANCER. Eropkin P.V., Shelygin J.A., Alekseev M.V.
- 135 RELATIVE ASSESSMENT OF THREEYEAR RESULTS OF THE COMBINED TREATMENT RECTUM CANCER PATIENTS WITH USE OF VARIOUS PROCEDURES OF PREOPERATIVE RADICAL THERAPY. Fomin A., Novohatskiy I.
- 135 EFFECT OF PREOPERATIVE RADIOTHERAPY ON IMMUNOMORPHOLOGY PHENOTYPE OF RECTUM CANCER. Gataullin I.G., Petrov S.V., Zhinov A.V., Gorodnov S.V.
- 135 MEDICAMENTAL CORRECTION OF DYSFUNCTION OF THE INFERIOR URINARY TRACTS AT PATIENTS WITH RECTUM CANCER AFTER PERFORMANCE OF NERVE SAVING OPERATIONS. Grigoryan V.A., Katkova N.E., Kravchenko A.J., Tsarkov P.V., Mudrov N.M.
- 135 APPLICATION OF COMBINATION HEPATIC ARTERIAL INFUSION AND SYSTEMIC INSERTION IRINOTECAN AT METASTASES OF COLORECTAL CANCER TO LIVER Grishina I.M., Kogonija L.M., Severtsev A.N.
- 136 THE RESULTS OF PALLIATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH UNRESECTABLE PANCREAS CANCER Haletskiy I.V., Bondar G.V., Dumanskiy J.V.
- 136 ROLE OF COMBINED OPERATIONS IN TREATMENT OF NON ORGANIC RETROPERITONEAL TUMORS. Ivanova Yu.G., Rummyantseva I.K., Blokhin V.N., Feller V.S., Trofimov L.A., Babayan K.V., Dorokhov S.V.
- 136 SURGICAL TREATMENT OF RELAPSES OF NON ORGANIC RETROPERITONEAL TUMORS. Ivanova Yu.G., Rummyantseva I.K., Blokhin V.N., Feller V.S., Pankov S.M., Chirkov R.N., Babayan K.V.
- 136 EFFICIENCY OF THE INSTRUMENTAL METHODS OF DIAGNOSTICS OF THE OBSTRUCTIVE LESIONS OF A TERMINAL PART OF COMMON BILE DUCT (CBD). Katrich A.N., Gabriel S.A., Balalykin A.S., Balalykin V.D.
- 137 COLORECTAL CANCER, PATTERN OF COMPLEX TREATMENT. Kitaev A.V., Nemytin J.V., Petrov V.P., Leonov S.V., Gajdukevich I.V.
- 137 EXPERIENCE OF USE OF RADIOFREQUENCY ABLATION IN COMPREHENSIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH LIVER TUMOURS. Lyadov K.V., Vishninskiy A.A.
- 137 SURGICAL INTERVENTIONS AT THE COMBINED TREATMENT OF RECTUM CANCER PATIENTS. Kohnyuk V.T., Kolyadich G.I., Bondarenko V.M.
- 137 RESULTS OF TREATMENT CANCER OF STOMACH DEPENDING ON HISTOLOGY STRUCTURE OF A TUMOUR. Kutukov V.V., Kruglova T.S., Chernuhin A.A.
- 138 USE OF PHYSIOLOGICAL TECHNIQUES IN FORECASTING THE NEAREST RESULTS OF OPERATIONS IN OCCASION OF STOMACH CANCER. Kulikov E.P., Lapkin M.M., Golovkin E.Yu., Sudakov I.B.
- 138 D2LYMPHODISSECTION AND POSTOPERATIVE RADIOTHERAPY IN COMBINED TREATMENT FOR STOMACH CANCER. Kulikov Y.P., Kaminsky Y.D., Sudakov I.B.
- 138 POSTOPERATIVE DIAGNOSTICS OF METASTASES AND RELAPSES OF COLORECTAL CANCER. Majstrenko N.A., Kurygin A.A., Hrykov G.N.
- 138 HISTOLOGICAL STRUCTURE OF STOMACH CANCER AND TYPE OF CHOSEN SURGICAL INTERFERENCE. Mednikova N.V., Gracheva Y.V., Krugovaya N.V., Uvarov I.B., Markov P.V.
- 139 FUNCTIONAL RESULTS OF NERVE SAVING OPERATIONS IN RECTUM CANCER PATIENTS. Mudrov N.M., Tsarkov P.V., Samofalova O.J., Katkova N.E., Kravchenko A.U.
- 139 PREDICTIVE MARKERS IN PHYSIOLOGY AND ANATOMY FOR OUTCOMES IN RECTAL CANCER PATIENTS Johann Pfeifer
- 139 NEOADJUVANT TREATMENT FOR LOCALLY ADVANCED RECTAL CANCER ADJUVANT Valerio Parisi, Paolo Delrio
- 139 THE SURGICAL AND COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH TUMOURS OF A PERIANAL SKIN Rybakov E.G., Shelygin J.A., Nechushkin M.I., Kapuller L.L., Markova E.V., Maksimova L.V.
- 140 QUALITY OF LIFE AFTER PANCREATIC RESECTION. Ramesh H.

- 140 RESECTION OF PANCREATIC CANCER IN CHRONIC PANCREATITIS IMPROVES OUTCOME. Ramesh H.
- 140 «FAST TRACK» AND LAPAROSCOPIC RESECTION IN COLONIC SURGERY. Schoenberg M.H., Schwendtner P.
- 140 SHORTTERM RESULTS LAPAROSCOPY OPERATIONS WITH MANUAL ASSISTING AT COLON CANCER. Shelygin J.A., Shahmatov D.G., Vorobev G.I., Frolov S.A.
- 141 THE RELEVANCE OF PHYSICAL ACTIVITY IN PREVENTION AND TREATMENT OF COLORECTAL CANCER. Schoenberg M.H., D'Haese J.G., Mair K., Halle M.
- 141 APPLICATION OF 3RD GENERATIONS CEPHALOSPORINS AT POSTOPERATIVE PERITONITIS AT ONCOLOGIC PATIENTS. Shishlo I.F.
- 141 FREQUENCY OF THE COMBINED ONCOPROCTOLOGY OPERATIONS. Shcherba S.N., Polovinkin V.V.
- 141 INCREASING QUALITY TO LIVES SICK WITH INOPERABLE CANCER OF THE STOMACH. Sidyuk A.V., Dumanskiy YU.V., Zaika A.N., Rogalev A.V., Nikulin I.V., Troyan P.P.
- 142 PRINCIPLE DILATED OF EXTRAFASCIAL ABJECTIONS OF RECTUM IN SURGICAL TREATMENT OF LOCAL GENERALIZE FORMS OF RECTAL CANCER. Tsarkov P.V.
- 142 PRACTICE OF FORMATION LISSOSPHINCTER NEOSPHINCTER AFTER RESECTION OR EXCISION OF THE SWITCHING APPARATUS OF A RECTUM. Tsarkov P.V., Mudrov I.M., Kravchenko A.J., Iuldashev A.G.
- 142 RADICAL SURGICAL TREATMENT OF RECURRENT FORMS OF RECTAL CANCER WITH USE OF PROCEDURE DILATED OF EXTRAFASCIAL ABJECTIONS OF THE DIRECT OR REDUCED INTESTINE. Tsarkov P.V., Mudrov N.M., Tulina I.A.
- 142 EVISCERATIONS OF A SMALL BASIN IN TREATMENT OF RECTUM CANCER PATIENTS WITH LOCAL GENERALIZE RELAPSES. Vashakmadze L.A., Butenko A.V., Sidorov D.V., Alexeys B.Y, Grishin N.A., Homyakov V.M., Lozhkin M.V., Petrov L.O.
- 142 SEGMENTARY RESECTIONS OF LIVER IN OCCASION METASTASISES COLORECTAL CANCER. Vishnevsky V.A., Efanov M.G., Ikramov R.Z., Nazarenko N.A.,
- 143 EFFICACY THE TRANSANAL ENDOSURGERY WITH INITIAL STAGES OF RECTUM CANCER PATIENTS. Vorobjev G.I., Filon A.F., Peresada I.V.
- 143 EFFICIENCYOF TRANSANAL ENDOSURGERY AT RECTUM CANCER OF PATIENTS WITH INITIAL STAGES. Vorobjev G.I., Filon A.F., Peresada I.V., Chelnokov M.V.
- 143 ATYPICAL RESECTION OF A LIVER IN OCCASION OF METASTASISES OF A COLORECTAL CANCER WITH USE OF THE RADIOFREQUENCY EQUIPMENT (THE FIRST EXPERIENCE) Vorobjev G.I., Kashnikov V.N., Shelygin J.A., Orlova L.P., Pikunov D.J.
- 143 ALTERNATIVE OF EXTIRPATION AT SURGICAL TREATMENT OF LOWER AMPULLAR RECTUM CANCER Vorobjev G.I., Shelygin J.A., Eropkin P.V., Orlova L.P., Markova E.V., Podmarenkova L.F., Pikunov D.J.
- 144 APPLICATION OF THE MANUAL SINGLE ROW SEAM AT IMPOSING END TRAILER ANASTOMOSIS AFTER THE FORWARD RESECTION OF THE DIRECT GUT Yudin V.A., Levushkina A.A., Yudin I.V.
- 144 SURGICAL TREATMENT OF NON ORGANIC RETROPERITONEAL TUMORS Ivanova Yu.G., Rummyantseva I.K., Blokhin V.N., Feller V.S., Lyoshev A.V., Babayan K.V.
- 144 SURGICAL TREATMENT OF TUMORS OF THE AMPULLA OF VATER Schoenberg M.H., Treitschke F.
- 144 REGENERATIVE OPERATIONS ON A FORWARD ABDOMINAL WALL AFTER EXTENSIVE RESECTIONS Adamyan A.A.
- 146-148 ANAESTHESIA AND INTENSIVE CARE IN ONCOSURGERY**
- 146 STRESSLIMITING CORRECTION AS THE COMPONENT OF THE TOTAL INTRAVENOUS ANAESTHESIA AT OPERATIVE TREATMENT OF THE CANCER OF THE LUNG Tumanjan S.V., Popova E.V.
- 146 ANESTHESIA SERVICE OF ONCOLOGIC OPERATIONS AT PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES Malyshev Y.P., Dolmova K.A.
- 146 TREATMENT OF CHRONIC PAIN SYNDROME IN ONCOLOGICAL PATIENTS Isaev V.P., Cherniy V.I., Isaeva S.V.
- 147 INFORMATION SUPPORT OF THE ANAESTHESIOLOGIST Uklonskij A.N., Levite E.M., Sterlin J.G.
- 147 USE DORMIKUM IN THE ANAESTHESIA AT THORACAL OPERATIONS Uklonskij A.N., Maslova T.I.
- 147 HEMORRHAGE AT TOPAKAJIBHIX OPERATIONS Levite E.M., Velsher L.Z., Uklonskij A.N.
- 147 METHOD OF CONTINUOUS MEASUREMENT OF THE OPERATIONAL HEMORRHAGE Levite E.M., Velsher L.Z., Uklonskij A.N.

- 148 TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF DIFFUSIVE MASSIVE BLEEDINGS IN THE ONCOLOGY Hodorenko S.A., Barkagan Z.S., Lazarev A.F., Mamaev A.N., Mamaeva I.N., Momot A.P., Rossoha A.V., Nazarov A.V.
- 148 SURGICAL OPERATIONS FOR CANCER WITHOUT USE OF DONOR BLOOD COMPONENTS Domrachev S.A., Sukach S.E., Bogopolski P.M., Tarichko Yu.V.
- 148 THE CAUSES AND PREVENTION OF THE ANOXEMIA IN THE POSTOPERATIVE PERIOD Uklonskij A.N., Levite E.M., Velsher L.Z.

149-154 NEUROONCOLOGY

- 149 PHOTODYNAMIC THERAPY OF INTRACEREBRAL METASTASES Chissov V.I., Reshetov I.V., Sokolov V.V., Zaytsev A.M., Shelesko A.A., Sukhin D.G.
- 149 THE CROSSDISCIPLINARY APPROACH IN SURGERY EXTRAINTRACRANIAL TUMOURS Guljaev D.A., Oljushin V.E., Chebotarev S.J., Kalakutskij N.V., Naumenko
- 149 THORACOSCOPIC SURGERY FOR PRIMARY AND METASTATIC SPINE TUMORS
- 150 INTRAOPERATIVE FLUORESCENT DIAGNOSTICS AT PATIENTS PRIMARY AND METASTATIC TUMOURS OF THE BRAIN Vakulovskaja E.G., Karahan V.B., Stratonnikov A.A., Aleshin V.A.
- 150 SURGICAL TREATMENT OF TUMOURS THE CLIVUS OF THE SKULL Kuzbekova Z.F., Chebotarev S.J., Guljaev D.A.
- 150 STEREOTAXIC RADIOSURGERY OF INTRACEREBRAL METASTASISES WITH APPLICATION «GAMMAKNIFE»: TACTICS OF APPLICATION AND RESULTS OF TREATMENT Iljalov S.R., Golanov A.V., Pronin I.N., Dolgushin M.B., Potapov A.A., Loshakov V.A., Shishkina L.V., Kostjuchenko V.V., Zotova M.V.
- 151 DIAGNOSTICS OF NEOPLASMS CRANIOFACIAL LOCALIZATION WITH USE OF THE METHOD ENDOSCOPIC ENDONASAL BIOPSY Shelesko E.V., Kapitanov D.N.
- 151 APPLICATION OF THE GAMMARAY TELE THERAPY IN THE COMBINATION WITH THE INTRATHECAL CHEMOTHERAPY AT TREATMENT OF TUMOURS OF THE BRAIN Grigorov S.V., Emshanov A.V., Rjabuha D.O.
- 151 CASES OF PRIMARY TUMOURS COMBINATION OF BRAIN WITH SECOND LOCALIZATION OF TUMOUR Grigorov S.V., Atmachidi D.P.
- 152 SURGICAL TREATMENT OF TUMOURS OF THE JUGULAR FORAMEN Gulyaev D.A., Olyushin V.E., Chebotarev S.J., Kalakutski N.V.
- 152 CRANIOFACIAL TUMORS. THE OPERATION AND RECONSTRUCTION Chissov V.I., Konovalov A.N., Reshetov I.V., Cherekaev V.A., Belov A.I., Zaitsev A.M., Kravtsov
- 152 VARIANTS OF SURGICAL TREATMENT CRANIOFACIAL MALIGNANT TUMORS Reshetov I.V., Cherekaev V.A., Belov A.I., Zaytsev A.M.
- 152 STEREOTAXIC RADIOSURGERY IN TREATMENT OF PATIENTS WITH SCHWANNOMAS OF THE ACOUSTICAL NERVE Iljalov S.R., Zolotova S.V., Golanov A.V., Gorlachev G.E., Kostjuchenko V.V., Koretskaja I.L., Zotova M.V., Nikonova N.G., Pronin I.N., Arutjunov N.V.
- 153 SURGERY OF MULTIFOCAL BRAIN TUMOURS WITH INTRACEREBRAL CHEMOTHERAPY Sidorenko Yu.S., Grigorov S.V.
- 153 ANALYSIS OF NEUROONCOLOGICAL SERVICE ROSTOV SCIENTIFIC RESEARCH INSTITUTE OF ONCOLOGY FOR 2002-2007 Sidorenko Yu.S., Grigorov S.V.
- 153 PATTERN OF APPLICATION RADIOWAVE METHOD IN SURGERY OF BRAIN TUMOURS Bersnev V.P., Solovjev A.N., Zabrodskaya J.M.

155-157 ONCOGYNECOLOGY

- 155 MODERN APPROACHES IN APPLICATION OF ENDOSCOPIC TECHNOLOGIES FOR DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF BARRETT ESOPHAGUS M.V. Burmistrov, E.I. Sigal, A.I. Ivanov, I.A. Broder, A.A. Moroshek.
- 155 SIXYEAR TREATMENT EXPERIENCE OF THE PATIENTS WITH INVASIVE AND LOCALLY SPREAD CARCINOMA OF UTERINE CERVIX Panov A.V., Akhmetzyanova A.V., Manenkov P.M.
- 156 SIXYEAR TREATMENT EXPERIENCE OF THE PATIENTS WITH INVASIVE AND LOCALLY SPREAD CARCINOMA OF UTERINE CERVIX Panov A.V., Akhmetzyanova A.V., Manenkov P.M.
- 157 CA125 MARKER PROGNOSTIC CRITERIA IN COMPLEX DIAGNOSTICS OF SEROUS OVARIAN CANCER RELAPSES Pokul L.V., Porkhanova N.V.

157 QUALITY OF LIFE IN CERVICAL CANCER PATIENTS AFTER RADICAL TREATMENT MEASURED BY FACTG. Ulrikh E.A., Mikheeva O.N., Urmancheeva A.F.

158-173 ONCOMAMMALOGY

158 TREATMENT OF PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED STAGES OF BREAST CANCER Averiyanova S.V., Grechishnikova T.V., Byakhov M. Yu.

158 PECULIARITIES OF IMMUNE SYSTEM MODIFICATIONS OF PATIENTS WITH EDEMATICINFILTRATIVE FORM OF BREAST CANCER UNDER COMPLEX THERAPY Barsukov, Chesnokova, Plokhov, Zyablov

158 RESTORATIVE SURGERY AND MULTIMODALITY THERAPY FOR BREAST CANCER STAGE III Beknazarov Z.P., Navruzov S. N., Khasanov R. Sh., Ismagilov A. Kh.

159 BREAST CANCER STAGE III RESTORATIVE SURGERY IN CASES OF CLOSING OF TRAUMATIC DEFECT Beknazarov Z.P., Navruzov S. N., Khasanov R. Sh., Ismagilov

159 THE USE OF VIDEOENDOSCOPIC AND RESTORATIVE PLASTIC SURGERIES OF BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING COMBINED AND MULTIMODALITY THERAPY Beknazarov Z.P., Navruzov S. N., Khasanov R. Sh., Ismagilov A. Kh.

159 ONCOLOGIC HELP TO WOMEN DIAGNOSED BREAST CANCER IN KRASNODAR TERRITORY. WAYS OF IMPROVEMENT Butaev G.I., Isanko M.S.

159 THE RESULTS OF BREAST CANCER TREATMENT SCREENING PROGRAMME IN POMORSKOE PROVINCE Yvonna Khrushichka, Yanush Yachkevich, Piotr Rak, Beata ImkoValchuk

160 BREAST CANCER PROGNOSIS RELATED TO PATIENT'S ORGANISM PECULIARITIES Dobrenky M.N., Dobrenkaya E.M.

160 MODERN BRACHYTHERAPY TENDENCIES OF ORGANSAVING THERAPY THE EARLY STAGES BREAST CANCER Dykhno A. Yu., Harchenko V.P., Khemlevsky E.V., Titova V.A., Rozhkova N.I.

160 THE ROLE OF THE SENTINEL NODE IN CHOOSING SURGICAL PROCEDURE FOR BREAST CANCER PATIENTS Ermakov A.V., Pak D.D.

161 MAMMOGRAPHIC SCREENING AND BREAST CANCER ORGANSAVING THERAPY Evtiyagin V.V., Sdvizhkov A.M., Borisov V.I., Vasilieva I.D., Kropacheva T.D., Svichkar I.P.

161 MODERN TECHNOLOGIES OF BONE METASTASIS PREDICTION OF BREAST CANCER PATIENTS Gataullin I.G., Shamsutdinova Ya. F., Petrov S.V.

161 BIOLOGICAL TRANSFORMATION GENES OF BREAST CANCER PATIENTS Gens G.P., Velsher L.Z., Korobkova L.I., Rasskazchikova E.S., Gra O.A., Kozhebaeva Zh.M., Nasedkina T.V.

161 THE POSSIBILITY OF CONDUCTING ORGANSAVING AND RESTORATIVE SURGERIES IN COMBINATION THERAPY OF PATIENTS WITH BREAST CANCER Kharchenko V.P, Chkhikvadze V.D., Khemelevsky E.V., Dobrovolsky N.Yu., Shuinov E.A., Stanoevich U.S.

161 NDOLYMPHATIC POLYCHEMOTHERAPY OF LOCALLY ADVANCED BREAST CANCER Hilko D.A., Sedakov I.E., Lisovskaya N.Yu., Kairyak O.V., Komendant V.V.

162 MYOPLASTY AS LONGTERM LYMPHORRHEA PREVENTIVE MEASURES AFTER RADICAL BREAST CANCER SURGERIES Ismagilov A.Kh., Khasanov R. Sh., Shakirova G.I., Gimranov A. M.

162 PRESCALENIC LYMPHADENECTOMY AS SURGICAL THERAPY OF BREAST CANCER PATIENTS Ismagilov A.Kh., Khasanov R. Sh., Mukhamadeev M. F., Mukhamadeev I.

162 FIVEYEAR SURVIVAL RATE OF BREAST CANCER PATIENTS WHO UNDERWENT DIFFERENT METHODS OF PARASTERNAL LYMPH DISSECTION Ismahilov A. Kh., Sigal E. I., Khasanov R. Sh., Ovchinnikova I. V.

162 EXPANDER BREAST RESTORATION Ismagilov A. Kh., Khasanov R. Sh., Gubaidullin Kh. M., Gimranov A. M.

163 SINGLESTEP RESTORATIVE BREAST CANCER PLASTIC SURGERIES Ismagilov A.Kh., Khasanov R. Sh., Gimranov A. M., Gubaidullin Kh., M., Ovchinnikova I.

163 ELECTROCHEMICAL LYSIS IN BREAST CANCER TREATMENT Kaplan M.A., Kiseleva M.V., Goranskaya E.V., Kapinus V.N., Taibova M.V.

163 BREAST VOLUME DETERMINATION METHOD Kuklin I.A., Zelenin V.N., Tukavin O.

163 MULTIMODALITY THERAPY OF STAGE III A BREAST CANCER WITH ROTATING MAGNETIC FIELD APPLIED Lebed E. V., Bakhmutsky N.G.

- 164 THE EFFECTIVENESS OF PREVENTIVE EXAMINATION FOR BREAST CANCER EARLY DETECTION Levanov A.V., Pavlov V.V., Karlov V.I., Semisynov V.V.
- 164 BREAST CANCER DETECTION IN THE REPUBLIC OF DAGESTAN Magomedov O.M., Magomedova P.O, Magomedov G.M., Magomedova R. O.
- 164 SURGICAL TREATMENT OF THE NODOSE FIBROSING ADENOSIS OF MAMMAS Mavrodi V.M.
- 164 RETROAREOLAR TUMORAL INVASION AT THE PERIPHERIC CANCER OF THE MAMMA Mavrodi T.V., Shalaeva G.V.
- 165 ADVANCE OF RESULTS ORGAN SAVING TREATMENT OF THE BREAST CANCER AT USE INTRAOPERATIVE CHEMOTHERAPY ON AUTO SUBSTRATE OF ORGANISM Orlovskaja L.A., Soldatkina N.V.
- 165 AIR PLASMA FLOW IN RADICAL MASTECTOMY FOR POSTOPERATIVE COMPLICATION PREVENTION Pak D.D., Sokolov V.V., Ermoschenkova M.V., Troshenkova E.A.
- 165 PLASTIC SURGERY OF AUXILIARY SUBCLAVICULAR SUBSCAPULAR AREA AFTER RADICAL MASTECTOMY Pak D.D., Ermoschenkova M.V
- 165 THE PECULIARITIES OF THE CLINICAL COURSE IN CASES OF MULTICENTRIC BREAST CANCER Pak D.D., Ablitsova N.V.
- 166 RADICAL SUBDERMAL MASTECTOMY WITH PRIMARY RECONSTRUCTION OF BREAST CANCER Pak D.D., Rasskazova E.A.
- 166 COMPARATIVE ANALYSIS OF POPULAR METHODS OF RESTORATIVE MAMMOPLSATY Przhedetsky Yu. V.
- 166 CLINICAL SIGNIFICANCE OF QUANTATIVE MEASUREMENTS OF SILOXANE DEGRADATION AFTER ENDOPROSTHESIS RESTORATIVE BREAST CANCER SURGERIES WITH H^1 NMR Rak Piotr, Jaśkiewicz Janusz, Lukasiak Jerzy, ImkoWalczuk Beata, Chruścicka Iwona, Honory Maria.
- 166 PATHOLOGY OF MAMMAS AT PATIENTS OF THE CANCER AND NODAL FORMATIONS OF THE THYROID GLAND Savenok E.V., Savenok V.U., Redkin A.N., Bjalik A.J., Smerja J.V.
- 167 DEPENDENCE OF LONGTERM RESULTS OF TREATMENT OF FORMS OF THE CANCER OF THE MAMMA ON THE METHOD OF PREOPERATIVE CONDUCTING PATIENTS Sdvizhkov A.M., Jadykov O.A., Borisov V.I., Vasileva I.D.
- 167 SURGICAL TREATMENT OF THE LOCAL GENERALIZED AND INFLAMMATORY FORMS OF THE CANCER MAMMA AFTER NEOADJUVANT SYSTEMIC THERAPY. Semiglazov V.F., Bozhok A.A., Semiglazov V.V., Ivanov V.G., Dashjan G.A., Zhiltsova E.K., Kochetova I.A., Peter C.T, Donskih R.V., Paltuev R.M., Krivorotko P.V., Kolarkova V.V., Shamina E.A., Gurbanov S.S.
- 167 SURGICAL TREATMENT OF THE LOCAL GENERALIZED AND INFLAMMATORY FORMS OF THE CANCER MAMMA AFTER NEOADJUVANT SYSTEMIC THERAPY Semiglazov V.F., Bozhok A.A., Semiglazov V.V., Ivanov V.G., Dashjan G.A., Zhiltsova E.K., Kochetova I.A., Donskih R.V., Paltuev R.M., Topuzov E.E., Kolarkova V.V., Shamina E.A., Gurbanov S.S.
- 167 COMPARATIVE ANALYSIS OF THE LEVEL OF SOME STRESSMANIFEST HORMONES IN BLOOD PLASMA IN PATIENTS WITH BENIGN AND MALIGNANT MAMMARY TUMORS IN PRE AND POSTOPERATIVE PERIODS Shadrin A.K., Butaev G.I.
- 168 CHOICE OF DIMENSION OPERATION AT SICK OF THE CANCER OF MAMMA IIIA STAGE DEPENDING ON PARAMETERS OF PROLIFERATIVE ACTIVITY AND HYPEREXPRESSION HER2/NEU Shivilov E.V., Pak D.D.
- 168 RECONSTRUCTION OF MAMMARY GLAND AFTER THE MASTECTOMY IN OCCASION OF MALIGNANT NEOPLASMS Skovorodnikova G.J., Ly A.F.
- 168 ADVANTAGES OF OUTPATIENT CHEMOTHERAPY FOR MAMMARY CANCER Strygina E.A., Sirota L.D.
- 169 SURGICAL TREATMENT RESULTS OF PATIENTS OF THE MAMMA WITH CARCINOMA IN SITU Usov F.N., Pak D.D., Efanov V.V.
- 169 BIDDING «GOODBYE» TO DRAINS CAN BE A BOON IN BCT AND ONCOPLASTIC SURGERY FOR BETTER HEALTH ECONOMICS, AND QUALITY OF LIFE Varughese Thomas
- 169 POST MASTECTOMY SYNDROME AS THE MULTIDISCIPLINARY PROBLEM Velsher L.Z., Stahanov M.L., Stulin I.D., Savin A.A., Savin L.A., Strazhev S.V., Shihkerimov R.K., Kojchakaeva A.S., Lochan N.V., Lysejko N.V., Antonjuk M.V.
- 170 THE CYTOLOGIC DIAGNOSTICS OF DEGREES DIFFERENTIATION OF CANCER THE MAMMA BY MEANS OF METHOD OF DEFINITION OF ACTIVITY RANGES OF NUCLEOLAR ORGANIZERS WITH COMPUTER PROCESSING IMAGES OF KERNELS Volchenko N.N., Spiridonov I.N., Samorodov A.V., Slavnova E.N.
- 170 DEFINITION OF BREAST CANCER RECEPTOR STATUS WITH GENETIC POLYMORPHISM OF COMT Zharikova I. A., Smirnoa I. A., Kondrashova T.V.

- 170 NEW APPROACHES IN THE TREATMENT OF MAMMA CANCER Adamyan A.A., Romashov Yu.V.
- 170 FEATURES OF SURGICAL TREATMENT OF ABORIGINAL RELAPSE OF A CANCER OF A MAMMA Romashov Yu.V., Adamyan A.A.
- 171 RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF TUMOURS OF THE LEATHER OF THE NOSE Al Habry Amine Aly, Klochihin A.L., Chistjakov A.L.
- 171 MORPHOLOGY OF SENTRY LYMPH NODES AT THE SKIN MELANOMA Velsher L.Z., Reshetov D.N., Tsalko S.E., Gajnedinov S.M., Duditskaya T.K.
- 171 THE COMPARATIVE EVALUATION OF SURGICAL DISCRIMINATION IN THE TREATMENT OF SKIN MELANOMA Dobrenkiy M., Ogenesjan J., Beschastnova M.
- 171 ESTIMATION OF SENTRY LYMPH NODES AT MELANOMA PATIENTS BY CIRCUITOUS METHOD RADIONUCLIDE LYMPHOSCINTIGRAPHY Lazutina T.N., Pak
- 172 RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF TUMOURS OF THE LEATHER OF THE NOSE Al Habry Amine Aly, Klochihin A.L., Chistjakov A.L.
- 172 NEOPLASTY OF SKIN DEFECTS BY MEANS OF INSULAR FLAPS ON PERFORANS VESSELS Lyapicheva O.V., Przhedetski Y.V.
- 172 MORBIDITY RATE OF MELANOMA IN KRASNODAR TERRITORY Ovsjanitskij S.V., Kabanov A.M.
- 172 MELANOMA OF THE ORAL CAVITY Reshetov I.V., Matorin O.V., Arutyunyan H.P., Koritskij A.V.
- 172 DIFFERENTIAL AUTOFLUORESCENT DIAGNOSTICS OF SKIN TUMOURS Reshetov D.N., Velsher L.Z., Stakhanov M.JI, Tsalko S.E., Mazurova M.P.,
- 173 THE SURGICAL AND COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH TUMOURS PERIPROCTICAL SKIN Ribakov E.G., Shelygin J.A., Nechushkin M.I., Kapuller L.L., Markova E.V., Maksimova L.V.
- 173 TREATMENT EXPERIENCE OF GENERALIZED TYPES OF SKIN MELANOBLASTOMA Chistyakov A.A., Gonchar A.G., Komendant V.V., Trukhin D.V., Temnichenko D.P., Suganyaka V.G., Dyachkov O.N.
- 173 PHALLOPLASTY AT AMPUTATION OF PENIS THOROCODORSAL AUTORANSPLANTATE Shimbiriyova O.J., Milan H.O., Adamjan R.T., Startseva O.I.
- 174-179 ONCOORTHOPEDICS**
- 174 ENDOPROSTHESING - A METHOD OF A CHOICE OF SURGICAL TREATMENT OF BONES SICK OF TUMOURS. Aliev M.D., Sokolovskiy V.A., Nisichenko D.V., Orehov
- 174 SURGICAL TREATMENT OF TUMOURS PROXIMAL PART OF A FEMUR Abdikarimov H.G., GafurAhunov M.A., Islamov U.F.
- 174 RESULTS OF TREATMENT OF METASTATIC TUMOURS OF LONG BONES COMPLICATED BY PATHOLOGICAL FRACTURE GafurAhunov M.A., Muminov S.M., Abdikarimov H.G.
- 175 FUNCTIONAL RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF TUMOURS OF THE BONES FORMING A KNEE JOINT Bogdaev J., Zhukovets A., Prudyvus I.S.
- 175 RESULTS OF USE THE NEW DOMESTIC MODULAR ENDOPROSTHESES OF COXOFEMORAL AND PATELLAR JOINTS «MATICITO» Balberkin A.V., Ilin A.A., Kolondaev A.F., Snetkov D.A., Shavyrin D.A.
- 175 ORTHOPEDIC AFTERTREATMENT OF PATIENTS ONCOLOGIC STRUCTURE WITH DEFECTS OF THE ARTICULATE EXTREMITIES OF THE BONES FORMING A KNEE JOINT Shevtsov V.I., Makushin V.D., Borzunov D.Yu.
- 175 DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF TUMOURS OF A SACRUM Belyakov S.V., Zhukovets A.G., Bogdaev J.M., Kasyuk A.A.
- 176 EXPERIENCE OF COMPLEX TREATMENT THE LOCALIZED STAGES OF OSTEOSARCOMA AT CHILDREN AND TEENAGERS WITH APPLICATION ORGAN SAVING SURGICAL INTERVENTIONS Sidorenko Yu.S., Kozel Yu.Yu., Nesterova Yu.A., Tolmah R.E.
- 176 ORGAN SAVING OPERATIONS AT TREATMENT OF GIANT CELL TUMOURS OF PHALANXES OF DACTYLS AND METATARSAL BONES OF AUTOPODIUM Klimovitsky V.G., Illarionov V.V., Shpachenko N.N., Davydov D.I.
- 176 TREATMENT OF NONMALIGNANT TUMOROUS FORMATION OF A HEEL BONE AT CHILDREN Chuguy E.V., Zhilitsyn E.V., Aleshchenko I.E.
- 176 DIFFICULTIES OF DIAGNOSTICS HIGHLY DIFFRRENTIALED CHONDROSARCOMAS Berchenko G.N., Shugaeva O.B.
- 177 PALLIATIVE RADIATION THERAPY OF METASTATIC AFFECTION OF BONES Vasilenko I.N., Bakhmutskiy N.G., Lebed E.V.

- 177 RECONSTRUCTIVELYPLASTIC OPERATIONS AT PATIENTS WITH TUMOURS OF A LOCOMOTORIUM Reshetov I.V., Karpenko V.Yu., Kravtsov S.A., Bondarev A.V.
- 177 RECONSTRUCTIVELYPLASTIC OPERATIONS AT THE LOCAL GENERALIZED TUMOURS OF A LOCOMOTORIUM AND A SKIN Zheravin A.A., Garbukov E.J., Zhamgaryan G.S.
- 177 TECHNOLOGY OF TWOSTAGE SPONDYLECTOMY AT TUMOURS OF VARIOUS DEPARTMENTS OF A COLUMN Babkin A.V.
- 178 SURGICAL TREATMENT OF COLUMN TUMOURS Yundin V.I.
- 178 THE ADEQUATE ORTHOPEDIC TREATMENT AT PATIENTS WITH A METASTATIC LESION OF LONG BONES Karpenko V.Yu., Tepljakov V.V., Aliev M.D.
- 178 EFFICACY OF RADIOFREQUENCY THERMOABLATION IN ONCOORTHOPEDICS Teplyakov V.V., Karpenko V.J., Buharov A.V.
- 179 CLINICALMORPHOLOGICAL FEATURES OF OSTEOID OSTEOMAS AND OSTEOBLASTOMAS OF A COLUMN Berchenko G.N., Shugaeva O.B., Dandies A.P., Shavyrin D.A.
- 179 CLOTHENGINEERING DESIGN ON THE BASIS OF NATURAL CORALS ACROPORA CERVICORNES AND AUTOLOGOUS MULTIPOTENT MESENCHYMAL STROMAL CELLS (MMCK) FOR REPLACEMENT EXTENDED OSTEOAL DEFECTS IN EXPERIMENT Chissov V.I., Teplyakov V.V., Sviridova I.K., Sergeeva N.S., Agzamov D.S., Frank G.A., Kozlov V.V., Kirsanova V.A., Ahmedova S.A., Myslevtsev I.V.

180-194 TUMOURS OF THE HEAD AND NECK

- 180 SUFFICIENCY AND RELIABILITY OF MORPHOLOGICAL DIAGNOSTICS PAPILLIFEROUS CANCER OF THE THYROID GLAND Aleksandrov J.K., Beljakov I.E.
- 180 SURGICAL TREATMENT OF MEDULLARY THYROID CARCINOMA (MTC) d'Ajello Michele, d'Ajello Fabio, Cavaliere Antonio, Dottorini Massimo,* Giordano Antonio, Puxeddu Efigio, Monacelli Massimo, Avenia Nicola
- 180 TREATMENT OF THE CANCER THYROID GLAND AT CHILDREN IN REPUBLIC TATARSTAN Afanaseva Z.A., Makarova A.V.
- 181 REVISITED ADENOMAS OF THE THYROID GLAND Aristarchov V.G., Donjukov
- 181 SURGICAL AFTERTREATMENT OF VOICE AND RESPIRATORY FUNCTIONS SICK OF THE THYROID GLAND TUMOURS Avanesov V.M., Reshetov I.V., Golubtsov A.K., Poles A.И., Sevrjukov F.E.
- 181 SURGICAL AFTERTREATMENT OF VOICE AND RESPIRATORY FUNCTIONS SICK OF THE THYROID GLAND TUMOURS Avanesov V.M., Reshetov I.V., Golubtsov A.K., Poles A.И., Sevrjukov F.E.
- 181 MORPHOLOGICAL DIAGNOSTICS AT STAGING OF REGIONAL METASTASISES HIGH GRATED CANCER THYROID GLAND Boriskova M.E., Pankova P.A., Feshchenko N.S., Ginkul L.B., Aleksandrova S.A.
- 182 OPTIMIZATION OF VOLUME OF OPERATION AT THE DIFFERENTIATED CANCER OF THE THYROID GLAND Brzhezovskij V.Z.
- 182 PRIMARY SURGERY IN DIFFERENTIATED THYROID CANCER Dralle H.
- 183 MINIMALLY INVASIVE PROCEDURES IN PANCREATIC ENDOCRINE TUMORS Dralle H. Professor of Surgery and Chairman
- 183 SURVIVAL RATE OF ONCOLOGIC PATIENTS AT MALIGNANT NEOPLASMS OF THE LARYNX AND THE THYROID GLAND IN KRASNODAR TERRITORY Gashchenko A.
- 183 PATTERN REOPERATION AT THE CANCER OF THE THYROID GLAND Gashchenko
- 183 REVISITED ON EXCISION PARATRACHEAL OF CELLULAR TISSUE Ginzburg G.A., Ginzburg A.G., Buzov D.A.
- 184 PECULIARITIES OF THYROID GLAND CANCER NOSO GEOGRAPHY IN THE REGION WITH UNFAVOURABLE BIOENVIRONMENTAL CONDITIONS Grishenko S.V., Yakovets Y.I., Chistyakov A.A., Gonchar A.G., Temnichenko D.P., Chistyakova L.V., Trigubchak D.I., Kuznetsova L.N., Dyachkov O.N.
- 184 SURGICAL SERVICE CENTRAL FORMATION THYROID GLAND Kozlov S. E., Romanovskij A.V., Sadov S.V.
- 184 INDIVIDUAL APPROACH OF TREATMENT VERNACULAR OF THE ADENOMATOUS GOITER in the TVER REGION Kozlov S. E., Romanovskij A.V., Sadov S.V.
- 184 IFREQUENCY OF THE BRAF V600E (T1799A) GENE MUTATION IN PAPILLARY THYROID CARCINOMA IN SIBERIAN REGION OF RUSSIA Buravleva E.U., Malahina E.S., Khrapov E.A., Lifshitz G.I., FilipenkoM.L.
- 184 IDISSEMINATED HIGH DIFFERENTIATED CARCINOMA OF THE THYROID GLAND APPROACHES TO THE SURGICAL METHOD OF TREATMENT Pismennyj V.I., Galkin R.A., Krivoshchekov E.P., Osokin O.V., Pismennaja A.D., Blinova V.J.

- 185 VOLUME OF OPERATIVE TREATMENT IN THE EFFECTIVE COMBINED THERAPY OF THE CANCER THYROID GLAND WITH METASTASISES IN LUNGS Podolhova N.V., Drozdovskij B.J., Garbuzov P.I., Rodichev A.A., Timohina O.V., Ikonnikov A.I., Gusev T.N., Shurinov A.Yu.
- 185 THE RETROSPECTIVE ANALYSIS OF CLINICAL AND ANATOMIC FEATURES OF A CANCER THYROID GLAND IN THE CHELYABINSK AREA Privalov V.A., Eremin R.V., Seliverstov O.V., Sergijko S.V.
- 185 CLINICAL-MORPHOLOGICAL VALUE MINOR CANCER OF THE THYROID GLAND Rachinskij S.V., Tsvetkova E.V.
- 186 METHOD AN INTRAOPERATIVE DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF NEOPLASM'S THYROID GLAND Rezantseva N.P.
- 186 STATUS OF DIAGNOSTICS THE DIFFERENTIATED CANCER OF THE THYROID GLAND AT CHILDREN AND TEENAGERS Rodichev A.A., Drozdovskij B.J., Garbuzov P.I., Parshin V.S., Romanko S.I., Olejnik N.A.
- 186 NECESSITY OF CARRYING OUT RADIOIODTHERAPY FOR OPTIMUM TERMS AFTER SURGICAL TREATMENT OF THE DIFFERENTIATED CANCER OF THE THYROID GLAND AT CHILDREN AND TEENAGERS Rodichev A.A., Drozdovskij B.J., Garbuzov P.I., Gusev T.N., Dobrova G.S., Podolhova N.V., Koroleva S.V.
- 186 PREVENTIVE CENTRAL LYMPHADENECTOMY AT PATIENTS WITH CANCER OF THE THYROID GLAND Romanchishen A.F.
- 187 ROLE OF THE SURGICAL INTERVENTION IN TREATMENT OF PATIENTS WITH ANAPLASTIC CANCER OF THE THYROID GLAND Romanchishen A.F., Zalmover E.A., Bogatkov A.A.
- 187 ADDITIONAL CLASSIFICATION OF THE DEGREE DIFFUSION OF THE TUMOUR AT TREATMENT OF PATIENTS BY THE PRIMARY AND RECURRENT CANCER OF THE THYROID GLAND Romanchishen A.F., Romanchishen F.A., Gostimskij A.V.
- 187 EFFICACY ANATOMICAL DISSECTION THE LIGAMENOUS APPARATUS OF THE THYROID GLAND AT RADICAL SURGICAL TREATMENT Romanchishen A.F., Levanovich V.V., Karpatskij I.V.
- 188 POTENTIALITIES OF ULTRASONICALLY GUIDED FINE NEEDLE ASPIRATION BIOPSY IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF THYROID PATHOLOGY Romanko S.I., Soloviova L.P., Zhelonkina N.V.
- 188 INTRAOPERATIVE ELECTROMYOGRAPHY OF RETURNABLE LARYNGEAL NERVES AT OPERATIONS ON THE THYROID GLAND Rumjantsev P.O., Sorokovikov V.G., Isaev P.A., Semina G.V., Rumjantseva U.V., Ilin A.A., Medvedev V.S.
- 188 DIAGNOSTICS OF THE CANCER THYROID GLAND IN THE UNIT OF GENERAL SURGERY Rybachkov V.V., Tevjashov A.V., Kabanov E.N., Rossoshanskaja E.I.
- 188 CHOICE VOLUME OF OPERATION THE ADENOMA OF THE THYROID GLAND Savenok V.U., Savenok E.V., Zhukova E.N., Minakova E.S., Ryzhih O.V.
- 189 EPIDEMIOLOGY THE THYROID GLAND CANCER IN THE VORONEZH REGION Savenok E.V., Minakova E.S., Savenok V.U., Shevchuk L.V.
- 189 MEDICAL AFTERTREATMENT PATIENTS OF NODAL FORMATIONS OF THE THYROID GLAND AFTER EXTRAFASCIAL OPERATIONS Savenok E.V., Savenok V.U., Shevchuk L.V.
- 189 SURGICAL ASPECTS OF REOPERATIONS AT THE CANCER OF THE THYROID GLAND Sdvizhkov A.M., Kozhanov L.G., Demidov V.P., Finkelshtern M.R., Soldatov I.V.
- 190 RATIONAL THE SUBTOTAL RESECTION OF THE THYROID GLAND AT PATIENTS OF THE DIFFERENTIATED CANCER IS EXPEDIENT? Sedov V.M., Hmelevskaja V.
- 190 LONGTERM RESULTS OF TREATMENT SICK HIGHDIFFERENTIATION FORMS OF THE CANCER OF THE THYROID GLAND Sedov V.M., Hmelevskaja V.A.
- 190 PALLIATIVE AN INTERSTITIAL LASER STIMULATED THERMOTHERAPY AT TREATMENT LOCAL GENERALIZED CANCER OF A THYROID GLAND Seliverstov O.V., Privalov V.A., Jarovoj N.N., Fajzrahmanov A.B.
- 190 THE CHOICE OF OPTIMAL SURGERY WHEN TREATING THYROID GLAND TUMOR Sergeev S.A., Novozhilova E.N., Antonova E.A., Sergeev S.S.
- 191 LONGTERM RESULTS OF TREATMENT PATIENTS WITH MALIGNANT TUMOURS OF THE THYROID GLAND Sevrjukov F.E., Reshetov I.V., Golubtsov A.K.
- 191 APPROACHES TO SURGICAL TREATMENT OF THE LOCAL GENERALIZATION AND METASTATIC CANCER OF THE THYROID GLAND Sevrjukov F.E., Reshetov I.V., Golubtsov A.K.
- 191 MINI INTRUSIVE OPERATIONS AT THE LYMPHADENOPATHY OF THE ANTEROUPPER MEDIASTINUM Sevrjukov F.E., Reshetov I.V., Golubtsov A.K.

- 191 POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AFTER PERFORMANCE DISSECTION OF THE CENTRAL FAT OF THE NECK AT HIGH GRATED CANCER OF THE THYROID GLAND Shevchenko S.P., Novikov V.A., Taranov P.A., Dymov A.A.
- 192 FORECAST OF THE METASTATIC LESION OF LYMPHONODUSES OF THE CENTRAL FAT OF THE NECK ON THE BASIS OF TOPICAL LOCALIZATION OF THE PRIMARY TUMOUR AT HIGH GRATED FORMS OF THE CANCER THE THYROID GLAND Shevchenko S.P., Novikov V.A., Taranov P.A., Dymov A.A.
- 192 RESEARCHES OF SENTRY LYMPHONODUSES BY THE INSITU METHOD CHROMOLYMPHOGRAPHY AT HIGH GRATED CANCER OF THE THYROID GLAND Shevchenko S.P., Novikov V.A., Taranov P.A., Dymov A.A.
- 192 DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF NODAL FORMATIONS OF THE THYROID GLAND Shilenok V.N., Zeldin E.J.
- 193 EFFICACY RADIOIODINE ABLATION AT PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED FORMS OF HIGH DIFFERENTIATED CARCINOMA OF THE THYROID GLAND Shurinov A.Yu., Drozdovsky B.Ya.
- 193 OPTIMIZATION OF TREATMENT THE LOCALGENERALIZED CANCER OF THE THYROID GLAND Shukurov Z.I., Jusupov B.J., Abdurahimov O.N., Hasanov A.I., Hodzhaeva H.V.
- 193 APPROACH OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF THYROID GLAND NODULAR FORMATIONS Yakovets Y.I., Chistyakov A.A., Gonchar A.G., Ostapenko Y.V., Temnichenko D.P., Ivanitsky S.M., Dyachkov O.N.
- 193 SPECIFIC COMPLICATIONS AT EXTRAFASCIAL OPERATIONS ON THE THYROID GLAND Zhukova E.N, Savenok E.V., Savenok V.U., Ryzhih O.V., Shevchuk L.V.
- 193 RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF CANCER OF THE THYROID GLAND PATIENTS Zinkevich I.V., Zinkevich O.I., Prokodorova N.V.

195-199 TUMOURS OF THE HEAD AND NECK

- 195 PRIMARY RECONSTRUCTION OF THORACIC WALL AT MALIGNANT NEOPLASMS Adamjan A.A.
- 195 DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF LUNG CANCER AND DISSEMINATED PROCESSES AT THE RECENT PERIOD Korymasov E.A., Pismennyj A.K., Pushkin S.J., Tepikin A.A.
- 195 TRANSTHORACIC BIOPSY IN DIAGNOSTICS OF PERIPHERIC LUNGS CANCER Krivoshcjekov E.P., Korolev D.G.
- 196 VIDEOTHORACOSCOPIC OPERATIONS IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF VOLUMETRIC EDUCATIONS OF LUNGS Krotov N.F., Rasulov A.E., Imamov O.A., Almaridonov R.B.
- 196 OPPORTUNITIES OF VIDEOTHORACOSCOPY IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT METASTATIC DAMAGE OF LUNGS Pikin O.V., Kolbanov K.I., Glishko V.A., Amiraliev A.M., Mironenko D.E.
- 196 ROLE OF THORACOSCOPY IN DIAGNOSTICS PLEURITES OF OBSCURE ETIOLOGY Rasulov A.E., Krotov N.F., Imamov O.A.
- 197 PUNCTURE BIOPSY OF FORMATIONS OF A MEDIASTINUM UNDER THE CONTROL OF ULTRASONIC SOUND Stepanov S.O., Kazakevich V.I., Guts O.V.
- 197 TUMOURS OF A TRACHEA, PROBLEM OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT Harchenko V.P.
- 197 EFFICIENCY OF FLEECEBOUND SEALING (TACHOSIL®) OF AIRLEAKS IN LUNG SURGERY: A PROSPECTIVE RANDOMISED TRIAL Udo Anegg, Alfred Maier, Jörg Lindenmann, Veronika Matzi, Josef Smolle, Freyja SmolleJüttner
- 197 KARAL A NEW METABOLOMIC DRUG FOR THE TREATMENT OF ENDSTAGE MALIGNANCIES INVOLVING THE LUNG: A SINGLE CENTRE PROSPECTIVE RANDOMIZED PHASE II STUDY TO INVESTIGATE EFFICACY AND SAFETY Alfred Maier Veronika Matzi, Joerg Lindenmann, Thomas Schwarz, Christopher Spreitzer, Josef Haas, Joachim Greilberger, Reinhold Wintersteiger, Reingard Aigner, Pia Reittner, Heinz Juan, Freyja M SmolleJuettner
- 198 APOPTOSIS OF CELLS OF LUNG CANCER AT INFLUENCE OF VORTICAL MAGNETIC FIELD Bodnja V.N., Bahmutskij N.G.
- 198 RECONSTRUCTION OF A COSTAL SKELETON WITH USE OF A GRID FROM NITI, AT THE COMBINED TREATMENT OF MALIGNANT NEOPLASMS OF A THORACAL WALL Zheravin A.A., Gjunter V.E., Garbukov E.J., Zhamgarjan G.S.
- 198 CASE RATE AND MORTALITY AT THE CANCER OF THE LUNG IN THE RUSSIAN FEDERATION Starinskiy V.V., Trahtenberg A.H., Mammotov A.C., Danilova T.V.
- 199 PROBLEMS OF TREATMENT OF A CANCER OF A LUNG Harchenko V.P., Chhidvadze V.D., Panshin G.A., Gvarishvili A.A., Albekov R.Z., Avilov O.N.
- 199 SURGICAL TREATMENT OF A PULMONUM CANCER Kutukov V.V., Oganesyanyan U.V., Gaziev M.A., Sluvko L.V.
- 199 PROGNOSIS OF PRIMARY BRONCHOPLEURAL FISTULA AFTER PNEUMONECTOMY Douglav E., Burmistrov M., Sigal R.

АБДОМИНАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЯ

ВАРИАНТ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ С СОХРАНЕНИЕМ ЧАСТИ НАРУЖНОГО СФИНКТЕРА

Александров И.И.

ГУЗ «Клинический онкологический диспансер» департамента здравоохранения Краснодарского края; Краснодар, Россия

Цель исследования. Получившие широкое распространение в последнее время сфинктерсохраняющие операции выполняемые даже при локализации опухоли в нижеампулярном отделе прямой кишки ограничены локализацией нижнего полюса опухоли в 1 см от зубчатой линии. Методом выбора при этой локализации опухоли является экстирпация прямой кишки с формированием постоянной колостомы. Психологическая травма, у лиц перенесших подобное хирургическое вмешательство, особенно молодого и трудоспособного возраста, связано с локализацией колостомы на передней брюшной стенке и неконтролируемостью ее опорожнением. Учитывая это, возник вопрос о возможности выполнения органосохраняющей операции при локализации нижнего полюса опухоли на уровне зубчатой линии и 0,5 см ниже ее. При этом исследовалась возможность сохранения части наружного сфинктера.

Материалы и методы. Основанием для выполнения этого варианта операции послужило тщательная интраоперационная ревизия и патоморфологическое исследование 52 препаратов прямой кишки после брюшно-промежностной экстирпации по поводу рака прямой кишки с локализацией опухоли на уровне зубчатой линии и ниже ее на 0,5 см. Исследование показало, что в большом числе случаев (89, 2%) элементы наружного сфинктера оставались неповрежденными опухолевым процессом. А подкожная и поверхностная порции наружного сфинктера во всех случаях оставались интактными, при этом глубокая порция наружного сфинктера была вовлечена в опухолевый процесс в 11,8% случаев. Это послужило основанием для выполнения и внедрения разработанной в ГНЦ колопроктологии операции – протектомии с удалением внутреннего сфинктера и глубокой порции наружного сфинктера с формированием неоректум и неосфинктера. По данной методике в период с 2005 по 2007 г. оперировано 9 пациентов.

Результаты. Ранние послеоперационные осложнения отмечены у трех пациентов – купированы консервативными мероприятиями. Послеоперационной летальности не отмечено. Все операции выполнены с формированием превентивной транзверзостомы. Операции по устранению последних выполнены в сроки от 2,5 до 4 мес. после радикальной операции. При патоморфологическом исследовании на уровне дистальной линии резекции опухолевого роста не обнаружено ни в одном случае и она составила в среднем 1,5 см. Во всех случаях размер опухоли составил pT2. Все пациенты к настоящему времени живы и прослежены в сроки от 24 до 12 мес. У двух пациентов развился метастаз в подкожную жировую клетчатку перианальной области 1 см от наружного сфинктера – выполнено местное иссечение с последующей химиотерапией. При этом у одной из пациенток удалось добиться длительной стабилизации процесса. На настоящий момент – она клинически здорова. У другой же – периоды возникновения заболевания проходили волнообразно с наличием метастазов в паховые лимфатические узлы, перианальную кожу, кожу левой половой губы. Во всех случаях проводилась хирургическая коррекция на фоне системной терапии. Функциональные результаты оценены у всех пациентов чрез 3, 6, 12 мес. после устранения колостомы с помощью анальной манометрии, а также по результатам опросников FIQL. С течением времени все пациенты отмечают постоянное повышение активности и сократительной способности оставшейся части наружного сфинктера. Все пациенты довольны, социально адаптированы и вернулись к прежней работе.

Выводы. Внедренный метод хирургического лечения больных с локализацией опухоли на уровне аноректальной линии сочетает в себе реабилитационную направленность с радикализмом вмешательства и при определенных показаниях является альтернативой брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ СТИМУЛЯЦИЯ ФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ ПРИ ЛАЗЕРНОСПЕКТРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Альмяшев А.З., Лемаева Т.В.

Мордовский государственный университет им.Н.П.Огарёва; Саранск, Россия

Цель исследования. Отработать методику эндоскопической лазерно-спектро-скопической диагностики рака прямой кишки (РПК) при стандартной ректоскопии; изучить селективность накопления эндогенных флуорохромов в опухоли, воспалительном процессе и внешне неизменённых тканях толстой кишки *in vivo* (интраоперационно и эндоскопически) и *ex vivo* (экспресс-исследование удаленного макропрепарата); повысить эффективность флуоресцентной диагностики (ФД) и снизить побочное действие фотосенсибилизатора (ФС) за счет рандомизации по дозам и путям доставки препарата; изучить селективность накопления 5АЛК-derivатов во внутрибрюшных диссеминатах опухоли и асцитической жидкости.

Материалы и методы. В работе использован клинический диагностический комплекс для ФД и ФДТ рака ДТКЗМ (ЦНИ ИОФ им.А.М. Прохорова РАН, Москва) и новый отечественный фотосенсибилизатор «Аласенс» (ФГУП ГНЦ НИОПИК Москва). ФД проводили до введения препарата (аутофлуоресценция) и после введения (индуцированная флуоресценция). Контролем служили 7 пациентов без патологии в толстой кишке, с воспалительными заболеваниями (1), неэпителиальными опухолями (2) и раком толстой кишки (9).

Результаты. Фотосенсибилизатор Аласенс в дозе 1,5 гр. в 100 мл кипяченной воды (в среднем 20 мг/кг массы тела) за 2-4 часа до операции применили у 7 пациентов: *per os* у трех больных РПК (2) и раком ободочной кишки (1), *per clismam* у 4 с ворсинчатой аденомой (1) и РПК (3).

Выводы. Особенностью фармакокинетики «Аласенса» является быстрое накопление в опухоли и короткий период клиренса из организма 24-48 часов. Получена низкая токсичность и эффективность фармакологической стимуляции 5АЛК при проведении эндоскопической лазерно-индуцированной флуоресцентной диагностики РПК и селективность накопления эндогенных порфиринов в опухоли. Отмечена мозаичность распределения «Аласенса» при РПК, края аденокарциномы более активно накапливают фотосенсибилизатор. Селективность накопления эндогенных порфиринов (Пп IX) в опухоли (пик флуоресценции на 695-700 нм) высока: отношение опухоль/нормальная слизистая толстой кишки достигает 7-9,5-АЛК *in vivo* быстро трансформируется в Пп IX и накапливается в тканях через 2-4 часа после приёма *per os*. Повышение аккумуляции Пп IX (эндогенного и индуцированного 5АЛК) в асцитической жидкости нами не обнаружено.

ТОТАЛЬНАЯ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Бердов Б.А., Невольских А.А., Ерыгин Д.В.

ГУ Медицинский радиологический научный центр РАМН; Обнинск, Россия

Цель исследования. Целью исследования явился ретроспективный сравнительный анализ комбинированного лечения больных резектабельным раком прямой кишки с тотальной мезоректумэктомией (ТМЭ) и стандартной методикой оперативных вмешательств.

Материалы и методы. В период с сентября 1999 года по август 2007 года радикальные оперативные вмешательства в объеме ТМЭ выполнены 134 больным резектабельным раком прямой кишки. Группу исторического контроля составили 162 радикально оперированных больных, которым в период с 1991 по 1999 годы было проведено радикальное лечение с применением стандартной техники хирургического вмешательства. У 80% больных в группе ТМЭ и у 71% больных контрольной группы перед операцией был проведен интенсивный предоперационный курс лучевой терапии в дозе 15,6–25 Гр.

Результаты. Применение методики ТМЭ расширило возможности в сохранении естественного замыкательного аппарата прямой кишки: сфинктеросохраняющие операции были выполнены у 69% больных основной и 43% больных контрольной группы ($P=0.0001$). Летальность больных после операции составила 1,5% в исследуемой и 4% в контрольной группе ($P=0.184$). Отмечено статистически значимое уменьшение частоты всех гнойно-воспалительных осложнений: в исследуемой группе они возникли у 21%, в контрольной – у 47% больных ($P=0.0001$). Общее снижение частоты гнойно-воспалительных осложнений привело к статистически значимому сокращению времени пребывания больных в стационаре с 33 до 18 дней ($P=0.0001$). Частота местных рецидивов, общая и скорректированная безрецидивная выживаемость в исследуемой и контрольной группах составили 6,7% и 6,2% ($P=0,656$), 74,2±5,8% и 57,0±4,6% ($P=0.009$), 70,3±5,6% и 60,1±4,5% соответственно ($P=0,046$).

Выводы. Полученные нами данные позволяют сделать вывод о том, что ТМЭ создает более оптимальные условия для выполнения органосохраняющих оперативных вмешательств, способствует снижению частоты интраоперационных и послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, сокращению сроков пребывания больных в стационаре, увеличению общей и скорректированной безрецидивной выживаемости больных.

ПЕРВИЧНОСОСТАВЛЯЮЩАЯ ХИРУРГИЯ РАКА ПРОКСИМАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПРЯМОЙ КИШКИ

Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Бондаренко Н.В., Золотухин С.Э., Псарас Г.Г., Ефимочкин О.Е., Чуприна Я.А.

Донецкий областной противоопухолевый центр; Донецк, Украина

Цель исследования. Изучить результаты лечения больных раком проксимальных отделов прямой кишки с применением разработанных способов первично-восстановительных операций, инструментов и устройств.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 723 больных раком проксимальных отделов прямой кишки. Хирургические вмешательства в радикальном объеме выполнены 81,7% больных, в том числе 69,0% пациентов при осложненном опухолевым процессе, при этом в 94,8% случаев выполнены первично-восстановительные операции. Среди больных, подвергнутых операциям в радикальном объеме, в 85,1% случаях носили радикальный характер, в 14,9% наблюдений – паллиативный. Наиболее часто выполнялась брюшно-анальная резекция прямой кишки (31,0%), реже – внутрибрюшная (26,7%), проксимальная (23,9%) и брюшно-наданальная резекции (13,2%). Операция Гартмана выполнена всего в 5,2% наблюдений.

Результаты. Частота интра- и послеоперационных осложнений составила 7,5% и 21,9% соответственно. В структуре послеоперационных осложнений преобладали гнойно-септические. Послеоперационная летальность составила 6,4%. В структуре причин летальных исходов преобладала тромбоэмболия легочной артерии – 20,5%. Общая пятилетняя выживаемость составила 39,9%, а среди пациентов, перенесших хирургические вмешательства в радикальном объеме – 48,9%. Пятилетняя выживаемость после двухэтапных операций оказалась в 2,6 раза ниже, чем у пациентов после первично-восстановительных операций.

Выводы. Применение разработанных способов операций, инструментов и устройств позволили обеспечить удовлетворительное, хорошее и отличное качество жизни у 67,1% больных, а хорошее и отличное – у 22,8% пациентов.

ВОЗМОЖНОСТЬ СОХРАНЕНИЯ МЫШЕЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ДИАФРАГМЫ ТАЗА ПРИ БРЮШНОАНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ РАКА

Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Совпель О.В., Башеев А.В.

Донецкий областной противоопухолевый центр; Донецк, Украина

Цель исследования. Разработка хирургических методов улучшения функциональных результатов сфинктер-сохраняющих резекций прямой кишки при раке.

Материалы и методы. В клинике разработан и внедрен в клиническую практику «Способ хирургического лечения рака прямой кишки» (Патент Украины № 27616), в соответствии с которым было прооперировано 16 больных с диагнозом рак верхнеампулярного отдела прямой кишки. После мобилизации прямой кишки с опухолью до диафрагмы таза, на 3–5 см выше уровня диафрагмы таза прямая кишка дважды прошивается аппаратом УО40, после чего пересекается между двумя линиями швов. Прямая кишка с опухолью удаляется из брюшной полости. На промежность эвагинируется культя прямой кишки, сепаруются мышечная и слизистая оболочки культи, мышечная оболочка погружается в малый таз, через сформированный тоннель проводится трансплантат сигмовидной кишки с избытком 5–7 см над уровнем периаанальной кожи, который фиксируется к эвагинированной слизистой оболочке культи прямой кишки узловыми швами. Через 14 сут после операции избыток низведенной кишки отсекается, формируется колоректальный анастомоз, который погружается в полость малого таза так, чтобы линия анастомоза переместилась в футляр мышечной оболочки прямой кишки.

Выводы. Предложенный технически простой способ оперативного вмешательства позволяет уменьшить вероятность развития перфорации опухоли при извлечении ее через промежность, предотвратить обширную травму мышечных элементов диафрагмы таза, тем самым улучшить функцию анального держания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОХИРУРГИИ У БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНЫМИ СТАДИЯМИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Воробьев Г.И., Филон А.Ф., Пересада И.В., Челноков М.В.

ФГУ «Государственный научный центр колопроктологии Росмедтехнологий»; Москва, Россия

Цель исследования. Оценка онкологической целесообразности органосберегающих трансанальных эндохирургических вмешательств при ранних стадиях рака прямой кишки.

Материалы и методы. В ГНЦ Колопроктологии в период с 1999 по 2007 гг. включительно у 42 больных с начальными стадиями рака прямой кишки были выполнены трансанальные хирургические вмешательства. Было 18 (42,9%) мужчин и 24 (57,1%) женщины в возрасте от 25 до 84 лет, средний возраст составил $63,5 \pm 7,5$ лет. До операции злокачественный характер новообразования был установлен у 38 (90,5%) пациентов. Опухоль размером до 2 см. была у 9 (21,4%) больных; от 2 до 3 см – у 26 (61,9%); более 3 см – у 7 (16,7%) пациентов. Стадия заболевания окончательно устанавливалась на основании гистологического исследования удаленного препарата. В 7 (16,7%) наблюдениях нижний полюс опухоли располагался в 2 см и менее от зубчатой линии. Этим больным было выполнено трансанальное иссечение новообразования. У 35 (83,3%) пациентов аденокарцинома находилась проксимальнее 2 см от зубчатой линии. Им были произведены эндохирургические вмешательства с применением операционного ректоскопа и прецизионной техники. При разметке границ удаления и мобилизации опухоли отступали от ее края от 0,7 до 1,3 см. Злокачественное новообразование удалялось в пределах мышечного слоя у 9 (21,5%) пациентов; в пределах периректальной жировой клетчатки – у 20 (47,6%); с иссечением периректальной клетчатки – в 13 (30,9%) наблюдениях. Размеры послеоперационной раны варьировали от 3,5 до 6,5 см (средний размер $4,5 \pm 1,6$ см). Послеоперационная рана ушивалась у 29 (69,1%) больных.

Результаты. При гистологическом исследовании у всех больных опухоль являлась аденокарциномой, наиболее часто у 39 (92,8%) пациентов высоко и умеренно дифференцированной. Рак в стадии Tis был выявлен у 6 (14,3%) больных, T1 – у 33 (78,6%); T2 – у 3 (7,1%) пациентов (все они были старше 75 лет с выраженной сопутствующей патологией). Средняя интраоперационная кровопотеря составила $33,0 \pm 20,5$ мл (от 5 до 130 мл), а среднее время операции – $50,0 \pm 30,0$ минут (от 15 до 125 минут). Послеоперационные осложнения развились у 2 (4,8%) пациентов (кровотечение – в 1 наблюдении, гематома в области послеоперационной раны – в 1 случае). Нарушений функции ЗАПК не было отмечено. Оперированные пациенты прослежены от 4 до 90 месяцев (среднее время наблюдения $45,3 \pm 23,0$ месяцев). Рецидив рака диагностирован у 1 (2,4%) больного через 1 год после эндохирургического удаления умеренно дифференцированной аденокарциномы в стадии T1. Ему выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки.

Заключение. Выполнение органосберегающих трансанальных эндохирургических вмешательств при ранних стадиях рака прямой кишки является онкологически оправданным методом лечения, т.к. позволяет сохранить качество жизни больных и минимизирует число послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТСИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Белоконев В.И., Савинков В.Г., Гинзбург Л.Б., Пырлык А.В., Мешков А.В., Каганов О.И.

Самарский областной клинический онкологический диспансер; Самара, Россия

Цель исследования. Изучить частоту развития абдоминального компартмент-синдрома (АКС) при осложненном колоректальном раке и оценить результаты его лечения при использовании лапаростомии. Одной из причин осложнений у больных с перитонитом и острой кишечной непроходимостью является развитие у них (АКС).

Материалы и методы. Изучена динамика внутрибрюшного давления (ВВД) 28 больных колоректальным раком, осложненным развитием острой кишечной непроходимости или перитонита, у которых после операции брюшную полость ушивали традиционным способом (контрольная группа). Оценка ВВД после операции проводили по динамике давления в мочевом пузыре. Основную группу составил 42 больной с осложненным колоректальным раком, которым при завершении операции формировали лапаростомию при помощи большого сальника или полипропиленового трансплантата.

Результаты. Анализ лечения больных контрольной группы показал, что у 22 пациентов было повышение ВВД различной степени выраженности, а у 6, при давлении более 27 см. вод. ст., развился АКС. С учетом полученных данных у 42 пациентов применена лапаростомия. Из 42 больных основной группы умерло 16. Сравнение результатов в группах больных, показало, что среди пациентов, у которых лапаростома была сформирована во время первой операции – из 20 умерло 5, а во время релапаротомии – из 22 умерло 11. Анализ больных, которым лапаростома сформирована при релапаротомии, показал, что у 16 из 22 пациентов открытый способ ведения брюшной полости был показан уже при выполнении первой операции. Это было обусловлено как основной патологией, вызывавшей развитие АКС так и тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Выводы. Следовательно, лапаростомия является эффективным способом профилактики и лечения АКС при патологии, следствием которой является повышение внутрибрюшного давления. Особенно важно проводить профилактику АКС у больных с тяжелой сопутствующей патологией. Формирование лапаростомы уже во время первой операции позволяет снизить частоту внутрибрюшных осложнений и осложнений со стороны брюшной стенки.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КРИОДЕСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ.

Борота А.В., Сидяк А.В., Ищенко Р.В., Крюков Н.В., Богданов Б.А., Тараненко М.Л., Чистяков А.А.

Донецкий областной противоопухолевый центр; Донецк, Украина

Лечение метастатического поражения печени, частота которого при раке желудка, поджелудочной железы, колоректальном раке достигает 24,5–83,9%, занимает ведущее место в проблеме лечения новообразований гепатопанкреатодуоденальной зоны. Практически у каждого третьего онкологического больного, не зависимо от локализации первичной опухоли, обнаруживаются метастазы в печень, а при наличии первичной опухоли в органах, дренируемых портальной системой, частота метастатического поражения печени еще больше возрастает. Альтернативой хирургическому удалению новообразований печени может быть их криодеструкция, как эффективный, а в ряде случаев – единственный метод лечения данного контингента больных. К настоящему моменту в ДОПЦ паллиативная криодеструкция выполнена 81 больному с метастатическим поражением печени. Из них 56 мужчин и 25 женщин, возрастом от 32 до 78 лет (средний возраст $56,4 \pm 2,5$ года). Для криохирургического воздействия применялась установка «Криопульс – 4». Криоустановка

выводилась на рабочий режим работы согласно заданным параметрам ($t = 180^{\circ}\text{C}$, давление 2,5 атм.), устанавливалась экспозиция криовоздействия согласно расчетных величин опухоли и ее локализации. Получены удовлетворительные непосредственные и отдаленные результаты лечения больных. Послеоперационные осложнения наблюдались у 6 больных (7,4±2,3%) и не были связаны с проведением криодеструкции. Медиана выживаемости составила 10,6±1,3 месяца. При невозможности радикального лечения криодеструкцию можно считать одним из основных методов лечения больных с метастатическим поражением печени.

МЕТОД РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ПРИ ЦИТОРЕДУКТИВНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Белоконев В.И., Козлов С.В., Каганов О.И., Савинков В.Г., Мешков А.В.

Самарский областной клинический онкологический диспансер; Самара, Россия

Цель исследования. Целью данного исследования была оценка результатов лечения больных с колоректальным раком с применением метода радиочастотной абляции (РЧА) при циторедуктивных операциях.

Материалы и методы. За период с 2005 по 2007 гг. нами выполнено хирургическое лечение 54 больных с одномоментным удалением первичного очага и РЧА метастазов (МТС) печени под интраоперационным УЗ контролем. Показанием для проведения РЧА являлось наличие МТС печени до 5 см в диаметре, количеством до 5 образований. РЧА производилась с использованием аппарата Cooltip, Radionics. Результаты лечения пациентов, подвергнутых циторедуктивным операциям с РЧА (2 группа $n=54$) сравнивались с 1 группой больных, которым были выполнены циторедуктивные операции с атипичной резекцией печени ($n=35$). Статистическая обработка данных производилась с применением критерия Манна-Уитни, двустороннего варианта точного критерия Фишера, метода Каплана-Майера.

Результаты. Наибольший процент послеоперационных осложнений наблюдался у больных 1 группы - 17,14±6,46%, а во 2 группе - 3,70±2,59% ($p<0,05$). Применение метода РЧА у больных 2 группы позволило в среднем в 3 раза уменьшить объем кровопотери и в 2 раза сократить послеоперационный койко-день по сравнению с 1 группой. Длительность диспансерного наблюдения за пациентами обеих групп составило 2 года. За этот период рецидивы в области РЧА воздействия возникли у 2,86±2,86% пациентов, а после атипичной резекции печени - у 7,41±3,60% больных ($p>0,05$). Двухлетняя выживаемость 2 группы составила 83,33±5,12%, тогда как при атипичной резекции печени 65,71±8,14% ($p>0,05$).

Результаты. Методика циторедуктивных операций с применением РЧА при колоректальном раке позволяет снизить объем интраоперационной кровопотери и процент послеоперационных осложнений, сократить длительность пребывания больного в стационаре и улучшить показатели двухлетней выживаемости.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Белоус Т.А., Майновская О.А., Вашакмадзе Л.А., Бутенко А.В., Сидоров Д.В., Ложкин М.В.

ФГУ «Московский научноисследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» Росмедтехнологий; Москва, Россия

Цель исследования. Хирургическое вмешательство с выполнением тотальной мезоректумэктомии (ТМЕ) является основным методом лечения больных раком прямой кишки. Морфологическое исследование играет основную роль в оценке качества хирургического лечения и определении факторов риска развития локального рецидива.

Материалы и методы. Оценка качества мезоректумэктомии проведена у 44 больных, оперированных по поводу рака прямой кишки. Морфологическое исследование проводилось с использованием модифицированной методики исследования ТМЕ и включало определение полноты удаления мезоректальной клетчатки, целостности собственной фасции кишки, распространенности опухолевого процесса и наличия метастазов. Исследование удаленной прямой кишки проводилось на поперечных срезах толщиной 5 мм, с предварительным окрашиванием мезоректальной фасции чернилами и фиксацией препарата в 10% нейтральном формалине в течение 72 ч. При гистологическом исследовании определяли глубину инвазии опухоли, наличие сосудистой инвазии и опухолевых депозитов. При величине минимального расстояния между опухолью и циркулярным краем резекции (CRM) 1 мм, последний считался положительным, а операция нерадикальной.

Результаты. Качество проведенной ТМЕ в 33 случаях было расценено как хорошее, в 11 - как удовлетворительное. Высокодифференцированная аденокарцинома диагностирована у 6, умеренно дифференцированная - у 28, низкодифференцированная - у 10 больных. Инвазивный рост опухоли за пределы стенки кишки был обнаружен в 33 случаях. Инвазия опухоли сосудов была отмечена в 36 случаях, опухолевые депозиты - в 18 случаях. Средняя величина хирургического клиренса составила 5 мм. В 20 наблюдениях циркулярный край резекции был расценен как положительный, преимущественно за счет прямого врастания опухоли в мезоректальную фасцию. У 22 больных были выявлены метастазы рака в региональные лимфоузлы. Среднее количество исследованных лимфоузлов составило 11,5.

Заключение. Патоморфологическая оценка качества хирургического лечения при раке прямой кишки и определение морфологических неблагоприятных факторов прогноза, играет важную роль в стадировании опухолевого процесса, выявлении пациентов с высоким риском развития местного рецидива, определении индивидуального прогноза и плана лечения у больных раком прямой кишки.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ПОЛНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Псарас Г.Г., Золотухин С.Э., Бондаренко Н.В.

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького; Донецк, Украина

Цель исследования. Сокращение многоэтапности хирургического лечения рака толстой кишки, осложненного полной кишечной непроходимостью (ПКН). Проведен анализ лечения 763 больных раком толстой кишки: 522 ранее по месту жительства в ургентном порядке на высоте кишечной непроходимости сформировали различные разгрузочные колостомы и 241 первичный большой раком толстой кишки, осложненным ПКН. Среди колостомированных больных операции в радикальном объеме выполнены у 82,5%. В большинстве случаев на данном этапе мы стремились ликвидировать колостомы, что удалось у 62,0% больных. Среди первичных больных в 81% случаев выполнены операции в радикальном объеме: 67,8% операций с

первичным восстановлением непрерывности кишечника, 9,2% операций Гартмана и 23,0% операций Микулича. Разгрузочные колостомы сформированы 19% больным, в подавляющем большинстве случаев из за нерезектабельности опухолевого процесса. Анализ оказания ургентной помощи больным раком толстой кишки в Донецкой области свидетельствует о том, что в 99% случаев на первом этапе хирургического лечения в общелечебной сети формируются колостомы. Опыт клиники проктологии Донецкого областного противоопухолевого центра свидетельствует о том, что использование вариантов удаления содержимого кишечника на операционном столе позволяет в 95% резектабельных случаев выполнить операцию в радикальном объеме. При опухолях правой половины ободочной кишки на высоте ПКН во всех случаях выполнены одноэтапные радикальные вмешательства, при опухолях левой половины ободочной кишки в половине случаев удалось сформировать толсто толстокишечный анастомоз. Разработанный в клинике дубликатурный анастомоз на толстой кишке позволяет снизить долю несостоятельности швов до 0,9%. Непосредственные результаты разработанной тактики лечения рака толстой кишки осложненного ПКН: послеоперационные осложнения первично восстановительных операций составили 30,2%, операций Гартмана – 18,7%, операций Микулича – 28,2%, колостомии – 22,5%; летальность соответственно – 5,2%, 6,2%, 10,3% и 7,5%. Таким образом, разработанная в клинике тактика хирургического лечения рака толстой кишки осложненного ПКН позволяет добиться удовлетворительных непосредственных результатов и значительно сократить многоэтапность оказания хирургической помощи проктологическим больным.

ЭВИСЦЕРАЦИИ МАЛОГО ТАЗА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМИ РЕЦИДИВАМИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Вашакмадзе Л.А., Бутенко А.В., Сидоров Д.В., Алексеев Б.Я, Гришин Н.А., Хомяков В.М., Ложкин М.В., Петров Л.О. Московский научноисследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена; Москва, Россия

При рецидивных опухолях прямой кишки, вовлекающих соседние органы и структуры, единственной возможностью излечения пациентов является выполнение мультивисцеральных резекций, в том числе – эвисцерации малого таза.

Материалы и методы. В данное исследование включены 11 пациентов (7 мужчин и 4 женщины), подвергнутых эвисцерации малого таза по поводу местнораспространенного рецидива рака прямой кишки. Средний возраст больных составил 55 лет (45 – 68). В гистологической структуре опухолей преобладали низко- и умереннодифференцированные аденокарциномы (45%) и слизистые аденокарциномы (36%). Вовлечение в опухолевый процесс прямой кишки отмечалось у всех пациентов, мочевого пузыря и предстательной железы – у всех 7 мужчин, матки и задней стенки влагалища – у всех 4 женщин, крестцовой фасции – у 2 пациентов, петель тонкой кишки – у 5 больных. Предоперационная ЛТ проведена 4 пациентам. Тотальная эвисцерация малого таза (ТЭМТ) выполнена 8 пациентам (7 мужчинам и 1 женщине), задняя эвисцерация малого таза – 3 женщинам. Средняя продолжительность операции составила 430 минут (240–680). Средний объем кровопотери – 5882 мл. Всем больным произведена экстирпация прямой кишки либо ее культя. Реконструкция мочевыделительной системы после ТЭМТ выполнена у 5 пациентов в объеме формирования кишечного резервуара с уростомией. У 3 пациентов после ТЭМТ произведена билатеральная уретерокутанеостомия. Отдаленные результаты прослежены у 8 пациентов в сроки от 6 месяцев до 3 лет после операции.

Результаты. Послеоперационные осложнения развились у 6 (54,5%) пациентов, что потребовало хирургической коррекции в трех случаях. Раневые осложнения имели место у 3 пациентов, кровотечение из острой язвы желудка – у одного, неврологические осложнения – у одного. Умер в стационаре один пациент, у которого в раннем послеоперационном периоде возникла перфорация тонкой кишки и внутрибрюшное кровотечение. Послеоперационная летальность составила 9%. Среди прослеженных больных живы 8, из них 6 – без признаков прогрессирования. У одного больного развился местный рецидив, еще у одного отмечена генерализация опухолевого процесса.

Заключение. Выполнение эвисцераций малого таза при местнораспространенных рецидивных опухолях прямой кишки является единственным шансом на излечение этой крайне тяжелой группы пациентов.

СЕГМЕНТАРНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Назаренко Н.А., Ионкин Д.А. ФГУ Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий; Москва, Россия

На момент диагностики заболевания 15–25% больных колоректальным раком имеют метастазы в печень. Без хирургического лечения продолжительность жизни больных колоректальными метастазами в печень составляет около 9 мес.

Цель исследования. оценить ближайшие и отдаленные результаты сегментарных резекций печени по поводу метастазов колоректального рака в печень.

Материал и методы. В Институте хирургии за период с 1997 по 2007 гг. сегментарные резекции печени по поводу колоректальных метастазов выполнено 44 больным. Показанием к сегментарным и секторальным резекциям служила локализация опухоли в пределах сегмента или сектора. В ряде случаев с целью обеспечения достаточного отступа от опухоли объем резекции расширялся за счет атипичной резекции части прилежащего соседнего сегмента. Моносегментэктомии выполнены 3 больным, бисегментэктомии – 16, трисегментэктомии – 15. Операции выполнялись, как правило, фиссуральным способом. С 2007 г. в Институте внедрена методика анатомических сегментарных резекций печени с раздельным внутрипеченочным экстрапаренхиматозным выделением секторальных глиссоновых ножек правой доли печени. По указанной методике выполнены резекции печени 7 больным с метастазами колоректального рака. Показанием к выполнению анатомических сегментарных резекций воротным доступом по указанной методике считали: 1) наличии нескольких или одной крупной опухоли, расположенных глубоко в одном или двух соседних сегментах при отсутствии сдавления или инвазии правой долевым глиссоновой ножки и кавальных ворот печени; 2) снижение функционального резерва печени, исключающем выполнение обширной резекции печени. Противопоказанной операцией считали при вовлечении в опухоль или компрессии опухолью долевым ножкам, а также при вовлечении в опухолевый процесс кавальных ворот печени. Указанная методика позволила выполнить сегментарные резекции в объеме R0 во всех случаях.

Результаты. Кровопотеря при бисегментэктомиях составила – 713±433 мл, при полисегментарных резекциях – 1273±681 мл. Длительность сегментарных резекций составила 293±92 мин., осложнения имели место в 56% случаев. Длительность послеоперационного лечения составила 25±18 дней. Среди осложнений чаще других имели место: плевральный выпот, потребовавший пункционного лечения; желчеистечения и биломы. Имел место один летальный исход после полисегментарной резекции на фоне острой печеночной недостаточности. Кровопотеря при анатомических сегментарных резекций составила

978±675 мл, длительность операции 248±63 мин, осложнения имели место в 20% случаев. Длительность послеоперационного лечения составила 17±4 дней. Достоверного отличия по указанным параметрам не получено, однако при выполнении анатомических резекций воротным способом удалось полностью избежать приема Прингла, тогда как при резекциях фиссуральным способом необходимость в пережатии гепатодуоденальной связки возникла в 55% случаев. Годичная, трех и пятилетняя выживаемость в группе больных с сегментарными резекциями составила 80%, 36% и 19%. В группе больных, перенесших анатомические сегментарные резекции воротным доступом, длительность наблюдения составила 3–8 мес. Все больные живы, не имеют признаков рецидива заболевания. Необходимо отметить, что 48% из больных, перенесших резекцию печени, имели III и IV стадию заболевания по Gennari.

Заключение. Сегментарные резекции печени являются альтернативой обширным резекциям при множественном билобарном поражении печени, сниженном функциональном резерве и невыгодной анатомии печени. При глубоком расположении опухоли, ее крупных размерах наиболее адекватным методом сегментарной резекции является анатомическая резекция с разделением выделением секторальных гилссоновых ножек в воротах печени.

АТИПИЧНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАДИОЧАСТОТНОЙ АППАРАТУРЫ (ПЕРВЫЙ ОПЫТ)

Воробьев Г.И., Кашников В.Н., Шельгин Ю.А., Орлова Л.П., Пикунов Д.Ю.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии Росмедтехнологий»; Москва, Россия

Цель исследования. Среди заболевших колоректальным раком (КРР) более, чем у 50% пациентов выявляются метастазы в печень, которые в дальнейшем (без специфического лечения) приводят к летальному исходу. Лишь небольшая группа пациентов (13–20% от общего количества заболевших) может рассчитывать на потенциально радикальное лечение – резекцию печени. Однако, по данным разных авторов частота ранних послеоперационных осложнений после резекции печени составляет от 19 до 43%, что ставит под сомнение возможность выполнения симультанного вмешательства по удалению первичной опухоли и метастазов печени. Предложенная в 2002 г. методика резекции печени с использованием радиочастотной аппаратуры по методу Habib позволяет свести к минимуму риск периоперационных осложнений без ущерба радикализму. Целью нашей работы явилась оценка возможности выполнения радикальных комбинированных вмешательств по поводу колоректального рака с изолированными единичными метастазами в печень в условиях колопроктологического стационара, а также разработка показаний к подобным операциям.

Материалы и методы. В период с декабря 2006г. по февраль 2008г. в условиях ГНЦК 15 больным КРР с синхронными метастазами в печень выполнены комбинированные вмешательства по удалению первичной опухоли толстой кишки и атипичной резекции печени. Вмешательство на печени проводили с использованием аппарата для радиочастотной абляции RITA 1500X, снабженного электродом Habib 4X, после четкой визуализации очагов при интраоперационном УЗИ печени и морфологическом подтверждении метастатической природы очагов. Средний возраст больных составил 58 (42–73) лет. У 8 пациентов первичная опухоль располагалась в ободочной кишке, у 7 – в прямой кишке, при этом во всех случаях имелись изолированные метастазы в печень без признаков внепеченочного поражения. Всем пациентам произведено R0 удаление первичной опухоли. Восми пациентам выполнена сегментарная резекция печени, 6 пациентам – бисегментарная резекция и одному пациенту – трисегментарная резекция. При этом ни в одном случае не проводилась перевязка магистральных сосудов. Общее количество удаленных метастазов составило 22, средний размер составил 3,3см (2–6,5см).

Результаты. Интра и ранней послеоперационной летальности не было. Кровопотеря на этапе резекции печени составила, в среднем, 60мл. Среднее время вмешательства на печени составило 54 минуты и широко варьировало в зависимости от объема резекции. При гистологическом исследовании удаленных метастатических очагов выявлено, что все они удалены в пределах здоровых тканей. Граница резекции, в среднем, составила 0,9 см (0,5–1,2).

Послеоперационных осложнений, обусловленных резекцией печени, не отмечено. Период наблюдения составил от 1 до 14 месяцев. Всем пациентам в послеоперационном периоде проводилась системная химиотерапия. За время наблюдения у двух пациентов диагностировано появление новых метастатических очагов в печени, при этом не отмечено признаков продолженного роста в зоне резекции печени.

Выводы. На основании анализа предварительных результатов исследования метод атипичной радиочастотно-ассистированной резекции метастатических опухолей печени может считаться сравнительно безопасным и эффективным при проведении комбинированных операций по поводу колоректального рака с изолированными метастазами в печень. Однако, учитывая небольшое количество и малый срок наблюдения, требуется продолжение исследования.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОХИРУРГИИ У БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНЫМИ СТАДИЯМИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Воробьев Г.И., Филон А.Ф., Пересада И.В., Челноков М.В.

ФГУ «Государственный научный центр колопроктологии Росмедтехнологий»; Москва, Россия

Цель исследования. Оценка онкологической целесообразности органосберегающих трансанальных эндохирургических вмешательств при ранних стадиях рака прямой кишки.

Материалы и методы. В ГНЦ Колопроктологии в период с 1999 по 2007 гг. включительно у 42 больных с начальными стадиями рака прямой кишки были выполнены трансанальные хирургические вмешательства. Было 18 (42,9%) мужчин и 24 (57,1%) женщины в возрасте от 25 до 84 лет, средний возраст составил 63,5 ± 7,5 лет. До операции злокачественный характер новообразования был установлен у 38 (90,5%) пациентов. Опухоль размером до 2 см. была у 9 (21,4%) больных; от 2 до 3 см. – у 26 (61,9%); более 3 см. – у 7 (16,7%) пациентов. Стадия заболевания окончательно устанавливалась на основании гистологического исследования удаленного препарата. В 7 (16,7%) наблюдениях нижний полюс опухоли располагался в 2 см. и менее от зубчатой линии. Этим больным было выполнено трансанальное иссечение новообразования. У 35 (83,3%) пациентов аденокарцинома находилась проксимальнее 2 см. от зубчатой линии. Им были произведены эндохирургические вмешательства с применением операционного ректоскопа и прецизионной техники. При разметке границ удаления и мобилизации опухоли отступали от ее края от 0,7 до 1,3 см. Злокачественное новообразование удалялось в пределах мышечного слоя у 9 (21,5%) пациентов; в пределах периректальной жировой клетчатки – у 20 (47,6%); с иссечением периректальной клетчатки – в 13 (30,9%) наблюдениях. Размеры послеоперационной раны варьировали от 3,5 до 6,5 см (средний размер 4,5 ± ,6 см). Послеоперационная рана ушивалась у 29 (69,1%) больных.

Результаты. При гистологическом исследовании у всех больных опухоль являлась аденокарциномой, наиболее часто (у 39 (92,8%) пациентов) высоко и умеренно дифференцированной. Рак в стадии Tis был выявлен у 6 (14,3%) больных, T1 – у 33 (78,6%); T2 – у 3 (7,1%) пациентов (все они были старше 75 лет с выраженной сопутствующей патологией). Средняя интраоперационная кровопотеря составила $33,0 \pm 20,5$ мл (от 5 до 130 мл), а среднее время операции – $50,0 \pm 30,0$ минут (от 15 до 125 минут). Послеоперационные осложнения развились у 2 (4,8%) пациентов (кровотечение – в 1 наблюдении, гематома в области послеоперационной раны – в 1 случае). Нарушений функции ЗАПК не было отмечено. Оперированные пациенты прослежены от 4 до 90 месяцев (среднее время наблюдения $45,3 \pm 23,0$ месяцев). Рецидив рака диагностирован у 1 (2,4%) больного через 1 год после эндохирургического удаления умеренно дифференцированной аденокарциномы в стадии T1. Ему выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки.

Заключение. Выполнение органосберегающих трансанальных эндохирургических вмешательств при ранних стадиях рака прямой кишки является онкологически оправданным методом лечения, т.к. позволяет сохранить качество жизни больных и минимизирует число послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

АЛЬТЕРНАТИВА ЭКСТИРПАЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Еропкин П.В., Орлова Л.П., Маркова Е.В., Подмаренкова Л.Ф., Пикунов Д.Ю.
ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии Росмедтехнологий»; Москва, Россия

Введение. До настоящего времени при раке нижеампулярного отдела прямой кишки единственным радикальным методом хирургического лечения является экстирпация органа с формированием колостомы на передней брюшной стенке со всеми известными негативными последствиями этого вмешательства. В то же время, на основании морфологических исследований удаленных при экстирпации прямой кишки операционных препаратов, проведенных в последние годы в ГНЦК, доказана онкологическая обоснованность сохранения в ряде случаев некоторых элементов анального жома при локализации опухоли на уровне зубчатой линии.

Материалы и методы. На основании этих исследований в ГНЦК была разработана операция – проктэктомия с удалением глубокой порции наружного сфинктера, дополненная формированием С образного толстокишечного резервуара, концевой гладкомышечной манжетки и формированием колоанального анастомоза. В период с 2002 по 2007 год с использованием данной методики оперировано 42 пациента по поводу рака прямой кишки на уровне зубчатой линии uT2 N0M0, средний возраст которых составил 58 (45–75) лет. Во всех случаях производилось формирование превентивной стомы.

Результаты. Летальности не было. Ранние послеоперационные осложнения отмечены у 2 пациентов – купированы консервативными мероприятиями. При гистологическом исследовании удаленных препаратов: pT2N0G1 2 (n=10) и pT3N0G1 2 (n=32). Дистальная линия резекции составила $1,9 \pm 0,4$ ($1,0–3,2$) см, латеральная линия резекции – $1,0 \pm 0,3$ ($0,6–1,6$) см. Все пациенты прослежены в сроки 3–58 месяцев. У 2 пациентов выявлен рецидив рака в полости таза (в одном наблюдении через 1 год после операции, во втором – через 4,5 года) – выполнена экстирпация низведенной кишки. У всех остальных пациентов признаков рецидива заболевания не выявлено. Функциональные результаты оценивались через 3, 6, 12, 24 месяцев после закрытия стомы с помощью анальной манометрии и электромиографии, а также по результатам заполнения пациентами опросников FIQL. При динамической оценке отмечается стабильная тенденция к нарастанию активности и сократительной способности сохраненных порций наружного сфинктера. Все пациенты социально адаптированы, вернулись к выполняемой ранее работе.

Выводы. Разработанный метод хирургической реабилитации больных нижеампулярным раком прямой кишки на уровне аноректальной линии можно считать одной из альтернатив экстирпации прямой кишки, сочетающей в себе функциональную направленность без ущерба онкологическому радикализму.

ВЛИЯНИЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НА ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОТИП РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Гатауллин И.Г., Петров С.В., Жинов А.В., Городнов С.В.
Клинический онкологический диспансер МЗ РТ (г. Казань), Ульяновский областной онкологический диспансер;
Ульяновск, Россия

Цель исследования. Изучение иммуногистохимических характеристик рака прямой кишки до и после комбинированного лечения.

Материалы и методы. В основу работы положены данные о 123 больных первично-операбельным раком прямой кишки. Первой группе – 64 больных, было выполнено только радикальное оперативное вмешательство. Больные второй группы (59 пациентов) получали неoadьювантное лечение по двум схемам: 30 пациентов получили предоперационную лучевую терапию средними фракциями, у 29 больных предоперационная лучевая терапия сочеталась с проведением магнитотерапии, как радиомодифицирующего фактора. Иммуногистохимические исследования проведены с помощью набора моноклональных антител к белку Ki67, белку bcl2, к раковоэмбриональному антигену (РЭА), к Екадгерину, к CD68 (маркеру гистиоцитов/макрофагов), к белку p21, к антигену CD45RO, к CD95/Fas. Результаты исследования. При анализе спектра биомаркеров рака прямой кишки отмечен высокий уровень экспрессии раковоэмбрионального антигена (РЭА), маркера клеточной пролиферации Ki67. Слабо и умеренно положительная экспрессия CD68 и инфильтрация Т-лимфоцитами во всех случаях. Слабоположительная экспрессия p21 в половине случаев. Слабо положительная экспрессия е-кадгерина в 33,3%. Отрицательная реакция на bcl2 и CD95 во всех наблюдениях. После проведения предоперационной лучевой терапии отмечали подавление пролиферативной активности и уменьшение экспрессии p21. Статистически значимых изменений других тканевых маркеров в ответ на лечение не выявлено. После лучевой терапии с радиомодификацией магнитными полями отмечали уменьшение экспрессии p21, подавление экспрессии Ki67. Не выявлено изменений уровня экспрессии раковоэмбрионального антигена, bcl2, CD68, CD45 и CD95. Было отмечено выраженное повышение клеточной инфильтрации и увеличение экспрессии екадгерина.

Заключение. Предоперационная лучевая терапия с радиомодификацией вихревыми магнитными полями изменяет иммуноморфологический фенотип рака прямой кишки, проявляющийся в снижении пролиферативной активности опухоли, усилении ее дифференцировки и повышении внутритканевого иммунитета.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИСФУНКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕРВО-СОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

Григорян В.А., Каткова Н.Е., Кравченко А.Ю., Царьков П.В., Мудров Н.М.

Клиника урологии ММА им И.М. Сеченова; ГУ РНЦХИМ академика Б.В. Петровского РАМН; Москва, Россия

Введение. Проявления полной или частичной периферической денервации мочевого пузыря даже при условии максимального сохранения элементов периферической вегетативной нервной системы таза (ВНСТ) после выполнения оперативного вмешательства по поводу ниже-ампулярного рака прямой кишки существенно сказываются на качестве жизни данной категории пациентов.

Цель исследования. Улучшить функциональные урологические результаты нерво-сохраняющих операций с полным и частичным сохранением ВНСТ, выполненных по поводу рака прямой кишки.

Материалы и методы. С января 2008 года произведена оценка результатов комплексного уродинамического исследования 20 пациентов, оперированных по поводу ниже-ампулярного рака прямой кишки (7 полным сохранением ВНСТ, 13 с частичным сохранением ВНСТ). Пациенты разделены на две группы: терапия Тамсулозином 4 мг назначалась 3м пациентам после полного сохранения ВНСТ и 6ти пациентам после частичного сохранения ВНСТ, вторая группа получала плацебо.

Результаты. Наиболее частые уродинамические проявления вегетативной дисфункции: гипорефлексия, гипотония детрузора, низкая комплаентность, несостоятельность гладко мышечного сфинктера в сочетании с гипертонусом поперечно-полосатого при цистометрии, снижение максимальной и средней скорости мочеиспускания, увеличением общего времени мочеиспускания и времени потока мочи при урофлоуметрии (выявлены у 5 пациентов после полного сохранения элементов ВНСТ, у 13 после частичного сохранения ВНСТ), что субъективно проявлялось нарушением преимущественно эвакуаторной функции мочевого пузыря вплоть до невозможности самостоятельного мочеиспускания (у 1го пациента после частичного сохранения ВНСТ). После назначения Тамсулозина 4 мг у 3х пациентов после полного сохранения ВНСТ уродинамические показатели вернулись к исходному уровню, после частичного сохранения ВНСТ у 5ти достигнута максимальная коррекция, у 1го наложена эпицистостома.

Заключение. Эффективность применения медикаментозной терапии Тамсулозином 4 мг у данной категории пациентов напрямую зависит от степени сохранения элементов вегетативной нервной системы таза.

ПРИМЕНЕНИЕ СОЧЕТАНИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИНФУЗИИ И СИСТЕМНОГО ВВЕДЕНИЯ ИРИНОТЕКАНА ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Гришина И.М., Когония Л.М., Северцев А.Н.

НУЗ «Центральная клиническая больница №1» ОАО «Российские железные дороги»; Москва, Россия

Цель исследования. Сравнение эффективности сочетания печеночной артериальной инфузии и системного введения Иринотекана и только системной химиотерапии Иринотеканом при метастазах колоректального рака в печень.

Материалы и методы. В исследование были включены две группы больных. Основная группа - 32 пациента и контрольная - 34 пациента с множественными синхронными или метахронными метастазами колоректального рака в печень после удаления первичной опухоли в толстой кишке. Пациентам основной группы была произведена хирургическая катетеризация печеночной артерии с установкой подкожного «порта» для внутривенной инфузии.

Результаты. В послеоперационном периоде, начиная с 3й недели, пациенты основной группы получали курсы химиотерапии Иринотеканом каждые 3 недели в дозе 350 мг/м². Половина общей дозы препарата вводилась внутривенно в «порт», вторая половина - внутривенно. Пациентам контрольной группы проводилась системная химиотерапия Иринотеканом в дозе 350 мг/м². Основным критерием оценки результатов лечения являлось изменение размеров и количества метастатических очагов в печени и сравнение продолжительности времени до прогрессирования. В первой группе был достигнут объективно регистрируемый эффект у 12 пациентов (37,5%), во второй группе этот показатель составил 20,6%. Стабилизация процесса имела место у 28,1% больных в первой группе и у 23,5% - во второй. Прогрессирование процесса на фоне проводимого лечения отмечено у 34,4% и 55,9% в первой и второй группах соответственно. Медиана времени до прогрессирования составила 10,2 месяца в основной группе пациентов и 6,2 месяца - в контрольной.

Выводы. Использование комбинации регионарной химиотерапии Иринотеканом в сочетании с системной позволила достичь увеличения безрецидивного периода жизни у пациентов за счет уменьшения частоты возникновения как печеночных, так и экстрапеченочных метастазов по сравнению с контрольной группой.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НИЖНЕАМПУЛЯРНЫМ РАКОМ ПОСЛЕ БРЮШНОПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ С СОЗДАНИЕМ РЕЗЕРВУАРНОГО НЕОРЕКТУМА

Дудка А.С., Баранов А.В., Дербенёв С.Н., Коньков Р.В., Барышев А.Г.

ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер» департамента здравоохранения Краснодарского края; КГМУ кафедра онкологии с курсом торакальной хирургии ФПК и ППС; Краснодар, Россия

Проблема лечения рака прямой кишки (РПК) актуальна в связи с ростом заболеваемости, агрессивностью опухоли и стремлением сохранения её запирающей функции при локализации процесса в непосредственной близости от аноректальной области.

Цель. Улучшение функциональных результатов лечения больных с ниже-ампулярным раком прямой кишки путём восстановления естественного хода кишечника с формированием колопластического толстокишечного резервуара и гладкомышечной манжетки в области промежностной колостомы, с учетом онкологических стандартов лечения.

В отделении колопроктологии Краснодарского клинического онкологического диспансера за период с 2002 по 2006 годы по поводу ниже-ампулярного РПК радикально прооперировано 344 больных. Из них 64 (18,6%) была выполнена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (БПЭПК) формированием колопластического толстокишечного резервуара и гладкомышечной манжетки (по методике в ГНЦ колопроктологии) с I ст - 0, со II ст 42 (65%), с III ст 22 (35%), 25

(%) больным выполнена предоперационная дистанционная лучевая терапия (ДГТ). Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки сделана 280(%) пациентам: со II ст 85 (30%), с III ст 195 (70%), 90 человек получили предоперационную ДГТ. Все пациенты с III стадией получили адьювантную полихимиотерапию.

Ранние послеоперационные осложнения в группе с модифицированной БПЭК составили 1,2%, в контрольной группе – 0,9%, 5 летняя выживаемость во II ст – 61,2/63,3%, в III ст – 46,3/47,5%, частота локорегионарных рецидивов 14,7/13,8% соответственно. У всех пациентов с неоректумом в среднем к 3 месяцам после операции формировался стереотип дефекации, объём искусственно созданной ампулы прямой кишки составил 230 мл до 350 мл.

Выводы. Увеличение объёма и продолжительности операции не привели к росту числа ранних послеоперационных осложнений. Пятилетняя выживаемость и количество местных рецидивов соответствует мировым стандартам и разность их показателей в обеих группах математически недостоверна. Предлагаемый вариант БПЭК с формированием колопластического толстокишечного резервуара и гладкомышечной манжетки позволяет приблизить пассаж содержимого прямой кишки к физиологическому акту, тем самым улучшает условия и качество жизни больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Дудка А.С., Баранов А.В., Дербенёв С.Н., Коньков Р.В., Барышев А.Г.

Краснодарский клинический онкологический диспансер; КГМУ кафедра онкологии с курсом торакальной хирургии ФПК и ППС; Россия, Краснодар

Высокая заболеваемость раком ободочной кишки (РОК) 20,9/100 тыс. по России и 21,2/100 по Краснодарскому краю за 2006 год, ограниченное число больных, диагностированных на раннем этапе (I II ст) приводит к увеличению числа комбинированных хирургических вмешательств.

Цель исследования. улучшение результатов лечения больных с местно распространенным РОК. В отделении колопроктологии Краснодарского клинического онкологического диспансера за период с 2002 по 2006 годы находились на лечении с РОК 458 больных, из них с местно распространенным раком (МРР) – 153(33,4%), без инвазии в смежные структуры – 305(66,6%). При МРР пациентов со II ст – 49(32%), с III ст – 64(41,8%), с IV ст – 40(26,2%). Мужчин было 69(45%), женщин – 84(55%). По морфологической структуре опухоль была представлена аденокарциномой разной степени дифференцировки – (91,5%), муцинозной – (5%), перстневидно клеточной – (3%), недифференцированной аденокарциномой – (0,5%). Чаще всего помимо ободочной кишки удалялись петли тонкого кишечника – 64 (41,8%), ампутация матки с придатками и овариэктомия – 57(37,3%), резекция мочевого пузыря, мочеточников, нефрэктомия – 32 (20,9%). Треть пациентов – 48 (31,4%) поступали в стационар с явлениями выраженной кишечной непроходимости, что потребовало формирования на первом этапе разгрузочной колостомы.

Ранние послеоперационные осложнения в основной и контрольной группе составили соответственно: 34 (22,2%)/55 (18,2%), 5 летняя выживаемость – 80 чел. (52,3%)/205 (67,3%), частота локорегионарных рецидивов 11 (7,2%)/10 (3,2%).

Выводы.

1. Комбинированные операции при МРР ободочной кишки нужно выполнять в соответствии с онкологическими принципами радикализма, множественность поражения органов не должна приводить к отказу от вмешательства.
2. Увеличение объёма операции при соответствующей подготовке операционной бригады и техническом оснащении не ведет к увеличению количества послеоперационных осложнений.
3. Количество местных рецидивов при комбинированных вмешательствах по поводу МРР ободочной кишки выше, чем при стандартных операциях.
4. Отдалённые результаты лечения достоверно лучше в группе пациентов без инвазии опухоли в смежные органы.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ВНУТРИТАЗОВОЙ ХИМИОТЕРАПИИ С ГИПЕРТЕРМИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Еропкин П.В., Шельгин Ю.А., Алексеев М.В.

Государственный Научный Центр Колопроктологии; Москва, Россия

Введение. Усовершенствование хирургической техники и появление новых схем адьювантной химиолучевой терапии позволили несколько улучшить прогноз лечения метастазированных форм колоректального рака, однако до сих пор у 30-40% больных развиваются местные рецидивы заболевания, что свидетельствует о необходимости поиска новых путей для улучшения результатов лечения данной категории больных. С целью профилактики рецидивов метастазированного рака прямой кишки в Государственном Научном Центре Колопроктологии с сентября 2003 г. проводится интраоперационная внутритазовая проточная химиотерапия с гипертермией (ИВТХГ).

Материалы и методы. Показанием к применению ИВТХГ служили: аденогенный рак прямой кишки с локализацией верхнего полюса опухоли не выше уровня промонториума, инфильтрирующий все слои стенки прямой кишки и врастающий в клетчатку; отсутствие отдаленных метастазов (Т3 4N0 2M0). В основную (с проведением ИВТХГ) и контрольную группы в настоящее время включены по 43 пациента, соответствующие критериям для проведения ИВТХГ, получавшие также в послеоперационном периоде системную химиотерапию. Обе группы больных были сопоставимы по полу и возрасту, а также типу выполненного хирургического вмешательства. У 16 пациентов основной группы опухоль классифицировалась как Т4 (5 больных – Т4N0, 11 Т4N1 2), у 27 – как Т3 (15 – Т3N0, 12 – Т3N1 2). У 14 пациентов контрольной группы опухоль соответствовала Т4 (Т4N0 4, Т4N1 2 10), Т3 – у 29 (Т3N0 15, Т3N1 2 14).

Результаты. Интраоперационной, а также ранней послеоперационной летальности не было в обеих группах. Частота ранних послеоперационных осложнений существенно не отличалась в обеих группах (19,6% в основной группе и 20,8% в контрольной). Не отмечено также разницы в сроках выписки больных из стационара после операции (18 дней в основной группе и 17 дней в контрольной). Прослеженность пациентов составила 22±3,2 месяца (2 48) в основной группе и 24±3,6 месяца (2 48) в контрольной группе. Местный рецидив выявлен у 9 пациентов (20,9%) контрольной группы. В основной группе местные рецидивы обнаружены у 5 пациентов (11,6%).

Заключение. Предварительные отдаленные результаты свидетельствуют о тенденции к снижению уровня местных рецидивов при использовании интраоперационной внутритазовой химиотерапии с гипертермией в лечении местнораспространенного рака прямой кишки.

КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК, ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Китаев А.В., Немытин Ю.В., Петров В.П., Леонов С.В., Гайдукевич И.В.

Федеральное агентство по высокотехнологической медицинской помощи, Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого; Москва, Красноярск, Россия

В структуре онкологических заболеваний в ЦВКГ им. А.А. Вишневого РТК составляет более 34% и занимает первое место. С 1968 по 2005 годы в нашем госпитале выполнено 2732 оперативных вмешательства по поводу РТК. Радикально оперировано 2387 (87,4%) человек, из них 978 по поводу рака прямой кишки (РПК) и 1409 по поводу рака ободочной кишки (РОК).

При РОК, у 44,1%, выполнялась резекция сигмовидной кишки, у 35,3% правосторонняя гемиколэктомия, у 23,5% левосторонняя гемиколэктомия. В последние годы мы расширяем показания к левосторонней гемиколэктомии при локализации опухоли в сигмовидной кишке. После радикальных операций на ободочной кишке различные осложнения развились у 221 (15,7%) больных, причём наиболее часто после субтотальной колэктомии (у 21,2%) и левосторонней гемиколэктомии (у 24,6%). В послеоперационном периоде умерло 105 (7,5%) человек. Рак прямой кишки наблюдался у 1243 пациентов, из них оперировано 1206, в том числе радикально 978 (81,1%). 835 (69,2%) больным выполнены сфинктеросохраняющие операции. Из 978 радикально оперированных больных осложнения развились у 285 (29,1%), умерло 48 (4,9%). За последние 6 лет послеоперационная летальность снизилась до 3,3%.

При местно распространенных формах рака толстой кишки и канцероматозе брюшины без отдаленных метастазов, с 1996 года мы выполняем циторедуктивные операции с дополнением их внутрибрюшной гипертермической химиотерапией (ВГХТ). Всего выполнено 124 операции 102 пациентам. Из них повторно оперировано 6 пациентов, трижды – 1 и шестикратно – 2 больных. ВГХТ проводится в течение 60–120 мин. с химиопрепаратами (элоксатин + 5-фторурацил или митомицин С + 5-фторурацил) при температуре 44–46°C.

Большинству больных РТК мы проводим химиотерапию (ХТ) в послеоперационном периоде. Показанием к этому служат рак II Б, III А, III Б и IV стадий. С 1998 года при раке толстой кишки III Б и IV стадий, а также прогрессировании раковой болезни в послеоперационном периоде (местные и отдаленные метастазы рака) мы применяем Томудекс, а также с 2005 г. схему Хелох. В предоперационном периоде используем лучевую терапию крупными фракциями, при которой больной в течении 5 дней получает 20–25 Гр. При местно распространенных формах рака прямой кишки в предоперационном периоде проводим гамматерапию классическим фракционированием дозы СОД 40 Гр с параллельным эндодимфатическим введением Томудекса в дозе 3 мг/м² (2 курса с интервалом в 3 недели). Оперативные вмешательства выполняются через 3–4 недели после окончания лучевой терапии. При раке III Б стадии в послеоперационном периоде проводим гамматерапию классическим фракционированием дозы с разовой дозой 2 Гр и СОД 50 Гр.

Таким образом, применение комплексного подхода к лечению онкопроктологических больных в специализированном лечебном центре позволяет улучшить результаты лечения и качество жизни пациентов.

СТРУКТУРА И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кожнюк В.Т., Колядич Г.И., Бондаренко В.М.

ГУ «РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»; Гомельский областной клинический онкологический диспансер; Минск, Гомель, Беларусь

Цель исследования. Изучить структуру и результаты хирургических вмешательств при комбинированном лечении больных раком прямой кишки.

Материалы и методы исследования. В исследовании проведен анализ результатов лечения больных раком прямой кишки I–III стадии по разработанному нами методу (Патент 6078 Республики Беларусь С1 А61N 5/1). Предоперационная сочетанная лучевая терапия, включающая дистанционную лучевую терапию РОД 5 Гр до СОД 25 Гр и сеанс внутрисветовой лучевой терапии РД 10 Гр на следующий день после завершения ДЛТ была проведена 101 пациенту. Через 24 часа после завершения лучевой терапии выполняли хирургическое вмешательство. Из указанного количества больных 55 пациентов составили женщины (54,5%) и 46 (45,5%) – мужчины. В нижеампулярном отделе опухоль локализовалась у 31 (30,7%) пациента, в среднеампулярном – у 39 (39,6%) больных и нижеампулярная локализация опухоли отмечена в 31 (30,7%) случае.

Результаты. Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки выполнена 8 (7,9%) пациентам: При раке нижеампулярного отдела прямой кишки у 7 пациентов и у одного больного при раке среднеампулярного отдела. В 6 (5,9%) случаях по показаниям была выполнена операция Гартмана. Сфинктеросохраняющие операции проведены 87 пациентам, что составило 86,1%. Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал выполнена у 28 (27,7%) пациентов. В 21 случае (67,7%) с локализацией опухоли в нижеампулярном отделе и у 8 больных (19,0%) при расположении опухоли в среднеампулярном отделе прямой кишки. Чрезбрюшная резекция прямой кишки была выполнена у 59 (58,4%) больных. При раке нижеампулярного отдела у 1 больного (3,2% от всех больных с данной локализацией опухоли); при раке среднеампулярного отдела – у 28 пациентов (66,7% от всех больных с локализацией опухоли в среднеампулярном отделе) и с вышеампулярной локализацией опухоли – у 30 больных (96,8% от всех больных с указанной локализацией опухоли). Наиболее частым осложнением в послеоперационном периоде были гнойно-воспалительные процессы, которые в нашем случае составили 32,7% в общей структуре послеоперационных осложнений. Пятилетняя общая выживаемость больных раком прямой кишки составила 71,5±4,8%. При I, II и III стадиях рака прямой кишки пятилетняя общая выживаемость составила 92,9±6,9%, 75,7±6,4% и 54,2±9,4% соответственно. В течение пяти лет наблюдения местный рецидив развился у 3 больных, что составило 2,9%.

Заключение. Применение разработанного нами метода комбинированного лечения позволило у 86,1% больных раком прямой кишки выполнить сфинктеросохраняющие операции с частотой местного рецидивирования 2,9%.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА МЕТАСТАЗОВ И РЕЦИДИВОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Майстренко Н.А., Курьгин Ал.А., Хрыков Г.Н.

Военно-медицинская академия; Санкт Петербург, Россия

Цель исследования. Изучены возможности лабораторной диагностики метастазов и рецидивов колоректального рака с помощью опухолевых маркеров, определяемых в сыворотке крови иммунохимическим методом.

Материалы и методы. У 94 пациентов с различной локализацией рака толстой кишки через каждые 6 месяцев после радикальной операции определялись показатели ракового эмбрионального антигена, углеводных антигенов 199 и 242 методами электрохемолуминесценции (РЭА и СА 199) и твердофазного иммуоферментного анализа (СА242). Сроки наблюдения составили от 6 месяцев до 5 лет, при этом половина больных прослежена более 2 лет после операции. Каждые полгода пациентам выполнялись рентгенологические и эндоскопические методы исследования, ультрасонография и спиральная компьютерная томография. По результатам наблюдений больные были разделены на две группы. В первую вошли пациенты (81), у которых произошла нормализация онкомаркеров в течение 18 месяцев после операции. Во вторую группу были включены 13 больных, у которых показатели опухолевых маркеров или оставались высокими в течение 18 месяцев, или к этому сроку произошло их повторное увеличение.

Результаты. Результаты послеоперационного мониторинга оказались противоположными в представленных группах наблюдений. Так, среди 81 пациента первой группы не установлено ни одного случая прогрессирования или рецидива рака толстой кишки. Напротив, среди 13 больных, у которых онкомаркеры не нормализовались в сроки до 18 месяцев, в 10 случаях диагностированы отдаленные метастазы или экстраорганный рецидив колоректального рака. В трех случаях из 13 при комплексном обследовании через каждые 6 месяцев не было выявлено какой-либо онкологической патологии.

Выводы. Таким образом, нормальная концентрация всех опухолевых маркеров через 18 месяцев после хирургического вмешательства является практически достоверным признаком отсутствия метастазов и рецидива рака толстой кишки.

Постоянное повышение в течение 18 месяцев после операции или повторное увеличение к этому сроку показателей одного, двух или трех онкомаркеров свидетельствуют о наличии отдаленных метастазов или рецидива колоректального рака с вероятностью 76,9%.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НЕРВОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Мудров Н.М., Царьков П.В., Самофалова О.Ю., Каткова Н.Е., Кравченко А.Ю.

ГУ РНЦХ имени академика Б.В. Петровского РАМН; Москва, Россия

Цель исследования. Оценить эффективность хирургического вмешательства для предотвращения мочеполовой дисфункции в хирургии рака прямой кишки.

Материалы и методы. С января 2007 г. по март 2008 г. накоплен опыт 48 оперативных вмешательств с различными модификациями НСХ у больных раком прямой кишки в стадии Т34N02M01. Соотношение мужчин/женщин 33/15. Средний возраст составил 58,2±10,2 (34-78). Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки выполнена 10 больным, брюшно-анальная резекция 20, низкая передняя резекция 18 больным. В 20 наблюдениях выполнено полное сохранение (ПС) вегетативной нервной системы (ВНС), в 23 частичное сохранение (ЧС), в 5 ВНС была удалена полностью (ПУ). В до и послеоперационном периоде было выполнено комплексное уродинамическое исследование, включавшее в себя урофлоуметрию, цистометрию, определение международного индекса эректильной дисфункции (МИЭД). В послеоперационном периоде была оценена частота возникновения мочеполовых расстройств в зависимости от степени сохранения ВНС.

Результаты. При ПУ ВНС у всех пациентов в раннем послеоперационном периоде имело место развитие периферического экстрамедуллярного мочевого пузыря, что у 3 пациентов потребовало формирования эпицистостомы. На урофлуограммах у всех пациентов значительное снижение пиковой и средней объемной скорости мочеиспускания, увеличение общего времени мочеиспускания, дриблинг, т.н. абдоминальный тип мочеиспускания, МИЭД уменьшился более чем в 2 раза. При ПС ВНС самостоятельное мочеиспускание восстановилось после первого удаления трансуретрального катетера, значимого изменения показателей уродинамики не было ни в одном случае. У 2 из 16 мужчин имела место ЭД (снижение МИЭД на 50% от исходного) и носила транзиторный характер. При ЧС ВНС, у 3 из 23 пациентов развилась рефлекторная задержка мочеиспускания. У всех 23 пациентов данной группы отмечалось снижение пиковой скорости мочеиспускания и средней объемной скорости до 20% от исходных данных при сохранении общего времени мочеиспускания. У всех мужчин после ЧС ВНС имелось снижение МИЭД на 10-15%, однако половая функция значимо не страдала.

Заключение. Применение техники сохранения ВНС позволяет получить хорошие функциональные результаты, значительно улучшить качество жизни пациентов подвергшихся хирургическому лечению по поводу рака прямой кишки. Сохранение мочеиспускательной и половой функции определяется видом нервосохраняющей хирургии и находится в прямой зависимости от сохраненного объема ВНС: чем больше элементов ВНС сохранено, тем более сохранна функция тазовых органов.

НЕОАДЪЮВАНТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Валерио Паризи, Паоло Делрио

Национальный институт рака, Наполи, Италия

Цель исследования. Оценка химиотерапии в комбинации с Oxaliplatin, Raltitrexed и FU/FA при дооперационной лучевой терапии у больных ректальным раком.

Материал и методы. Oxaliplatin (OXA), Raltitrexed (RTX), 5фторурацилов (ФУ) и фолиевая кислота (ФА) показали активность в лечении метастатического колоректального рака; лучевая терапия оказывает сенсibiliзирующее действие на химиопрепараты. Мы оценивали эффективность химиотерапии (ХТ) при проведении дооперационной лучевой терапии у пациентов при местно распространенном ректальном раке (MРРР).

Результаты. 63 три пациента с высоким риском рецидива получили три курса ХТ каждые 14 дней с применением ЛТ (45 Гр). Хирургия операция была запланирована спустя 8 недель после комбинированного лечения. В течение лечения не было летальных исходов, а небольшая токсичность была легко устранима. Наибольшая токсичность

4 степени сопровождалась нейтропенией (23%) и диареей 3 степени (19%). У 73% пациентов была 1ая степень регрессии опухоли у 29 пациентов и 2ой степени у 27 пациентов. Все пролеченные пациенты были живы и безрецидивная выживаемость составила 42 месяца.

Заключение. Комбинация химиопрепаратов ОХА, РТХ и FU/FA с ЛТ показала приемлемую токсичность и высокую клиническую эффективность при в МРРР с высоким риском рецидива. В настоящее время полученные клинические результаты являются лучшими в мире.

ПРЕДИКТОРНЫЕ МАРКЕРЫ В ФИЗИОЛОГИИ И АНАТОМИИ ДЛЯ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Джоханн Пфайфер

Отделение общей хирургии, Медицинский Университет; Грац, Австрия

Цель исследования. В 2004 колоректальный рак был самой распространенной злокачественной опухолью в Австрии – около 5000 случаев в год. Соответствующая модернизация хирургической методики, выбора для лучевой – и/или химиотерапии привела к положительной динамике и уменьшению количества местных рецидивов. Цель исследования состоит в том, чтобы показать важность точного знания анатомии и физиологии для исключения как критических шагов, так и хирургических осложнений колоректального рака.

Материалы и методы. Известно, что результаты хирургического лечения рака толстой кишки лучше чем ректального рака. Главной причиной этого различия была правильно спланированная хирургическая методика, что подтверждалось на протяжении многих десятилетий. Идеальная хирургическая методика ректального рака может быть достигнута следующим образом: подготовка правильных планов, предупреждение кровотечений, создание интактного брюшинного шва прямой кишки, адекватных проксимальных, дистальных, боковых швов, анастомоза без напряжения, отсутствие функциональных дефицитов.

Результаты. Использование адекватных проксимальных и дистальных швов было общепринятым. Хотя хирурги и были убеждены, что лечебная резекция практически здорового края, где в 25% применялся круговой шов является нормальной, а вовлечение в патологический процесс можно приводило к 78% случаев местного рецидива, что демонстрировалось на секционных образцах. Кроме правильного рассечения ректального рака, ответственность хирурга заключается в том, чтобы он также обеспечил хороший физиологический результат. Маркеры пражисов качества жизни следующие – сохранение регуляции функции кишечника, приемлемой частоты дефекации и предотвращения нарушения половых и мочевых функций и психологического равновесия. В данном контексте, необходимость прохождения специализации для (колопроктологов) хирургов очень важна.

Заключение. Каждый пациент с ректальным раком – задача для хирурга. Хорошее знание анатомии и физиологии – предпосылка для успешного оперативного результата. Хорошо образованные хирурги обеспечивают лучшие результаты относительно как возникновения местного рецидива, так и предельного срока выживаемости. Эффект специализации наиболее важный показатель. Кроме того, такие специалисты делают больше сфинктеросохраняющие операции при ректальном раке.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ И КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ

Рыбаков Е.Г., Шельгин Ю.А., Нечушкин М.И., Капуллер Л.Л., Маркова Е.В., Максимова Л.В.

ФГУ ГНЦК Росмедтехнологий; Москва, Россия

Перианальная кожа составляет менее 0,2% от всех кожных покровов, а новообразования данной локализации являются редкими наблюдениями в клинической практике.

Цель исследования. Определить показания к хирургическому и комбинированному лечению больных с опухолями перианальной кожи.

Материалы и методы. С 1995 по 2008 годы в ГНЦ колопроктологии на лечении по поводу рака перианальной кожи находились 34 пациента (17 мужчин, 17 женщин), медиана возраста составила 53±14 (2880) года. Интраэпителиальные опухоли (ИО) были выявлены у 3 больных: 2 – плоскоклеточный рак и 1 – аденокарцинома. У 31 больного опухоли были представлены инвазивным плоскоклеточным раком различной дифференцировки. У 4 (12,9%) больных опухоль классифицировалась как T1N0M0, у 17 (54,8%) как T2N0M0, у 3 – T3N0M0 и у 1 – T4N0M0. Метастазы в паховые лимфоузлы (T14N1M0) были выявлены у 6 (19,4%) больных.

Результаты. Местное иссечение выполнено 3 больным с ИО и у 9 из 31 больного с инвазивным раком (T12N01M0 n=8, T3N1M0 n=1). Во всех наблюдениях местное иссечение выполнено по поводу опухолей без признаков инвазии в наружный анальный сфинктер, за исключением одного случая (T3N1M0), где местное иссечение выполнено в связи с угрожающим жизни больного профузным кровотечением из гигантской распадающейся опухоли. У 6 пациентов послеоперационная рана была ушита, у двух для закрытия раневого дефекта применена V-Y кожная пластика. Послеоперационная ЛТ была назначена 2 пациентам. Заживление ран первичным натяжением отмечено у 5 из 8 пациентов. От 2 до 48 месяцев прослежены 8 больных. В настоящее время рецидивы не выявлены. У 16 больных (T3-4N01M0) проведена ЛТ СОД 60 Гр, у 8 – ХЛТ СОД 60 Гр + кселода. В настоящее время ЛТ или ХЛТ завершена у 20 больных. Полная регрессия опухоли достигнута у 15 (75%) из 20 больных. У 4 больных ЛТ привела к частичной регрессии (выполнена ВПЭ), у одного больного на фоне ЛТ отмечено прогрессирование заболевания. У 3 в течение года развились рецидивы заболевания. Еще у 2 пациентов в поздние сроки возникли лучевые язвы промежности, потребовавшие отключения прямой кишки из пассажа кишечного содержимого с помощью сигмостомы. Таким образом, удовлетворительный результат ЛТ или ХЛТ (полная регрессия – локальный контроль и сохраненная анальная дефекация) достигнут у 10 (50%) больных.

Выводы. Местное иссечение с или без послеоперационной ЛТ – метод выбора при опухолях перианальной кожи не вовлекающих в процесс анальный сфинктер. VY кожная пластика – эффективный метод закрытия больших раневых дефектов перианальной кожи. ЛТ или ХЛТ – является методом выбора при лечении местнораспространенного рака перианальной кожи при вовлечении в процесс анального сфинктера.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРЕХЛЕТНИХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Фомин А. Ю., Новохатский И. А., Власов В. В.

Онкологический клинический диспансер №1; Москва, Россия

Цель исследования. Результаты хирургического лечения больных раком прямой кишки до настоящего времени остаются недостаточно высокими. Возможность улучшения результатов лечения специалисты видят в комбинации оперативного вмешательства с другими современными методами – лучевой и химиотерапией.

Материалы и методы. В колопроктологическом отделении более 15 лет применяется методика предоперационной лучевой терапии в режиме укрупненного фракционирования дозы при лечении больных операбельным раком прямой кишки. РОД составляет 5 Гр, СОД – 25 Гр. С 2001 года апробирована и применяется методика предоперационной лучевой терапии, при которой за 2 сеанса по 7,5 Гр подводится доза 15 Гр. Затем через 24 часа выполняется операция. В 2001–2007 гг. предоперационная лучевая терапия в РОД 5 Гр и СОД 25 Гр проведена 83 больным раком прямой кишки (1 группа), в РОД 7,5 Гр и СОД 15 Гр – 72 больным (11 группа). Возраст пациентов от 47 до 82 лет.

Результаты. По основным характеристикам группы были практически идентичны. Вторым этапом лечения всем 155 больным выполнены радикальные операции. При проведении хирургического вмешательства технических трудностей, связанных с методикой облучения, не отмечено. В раннем послеоперационном периоде умерло 2 больных из второй группы. В ближайшем послеоперационном периоде различного рода осложнения отмечены у 9 больных (10,8%) первой группы и у 8 больных (11,1%) – второй. В настоящее время в течение не менее 3 лет прослежены 88 больных. В том числе 46 пациентов 1 группы и 42 – 11 группы. Местные рецидивы опухоли были выявлены у 3 (6,5%) больных 1 группы и у 2 (4,8%) – 11 группы. Общая трехлетняя 2 выживаемость составила 80,4% в первой группе и 80,9% – во второй.

Выводы. Полученные данные позволяют предположить, что проведение комбинированного лечения с использованием предоперационной лучевой терапии при лечении больных резектабельным раком прямой кишки по методике РОД 7,5 Гр; СОД 15 Гр не менее эффективно, чем облучение в режиме 5 сеансов по 5 Гр (СОД 25 Гр) и не сопряжено с повышением числа осложнений.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИНЦИПА РАСШИРЕННОГО ЭКСТРАФАСЦИАЛЬНОГО ВЫДЕЛЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ РЕКТАЛЬНОГО РАКА

Царьков П.В.

ГУ РНЦХ имени академика Б.В. Петровского РАМН; Москва, Россия

Актуальность. В настоящее время стандартом радикального хирургического лечения рака прямой кишки является тотальная мезоректумэктомия (ТМЭ). Данный подход заключается в удалении кишки с опухолью единым блоком с мезоректальной клетчаткой в пределах интактной висцеральной фасции прямой кишки. Необходимым условием является отсутствие роста опухоли в проксимальной, дистальной и циркулярной линиях резекции. Выполнение ТМЭ является залогом радикального удаления опухоли, не выходящей за пределы висцеральной фасции прямой кишки (Т3). Однако в случае местнораспространенных опухолей (Т4), вовлекающих висцеральную фасцию, для обеспечения необходимого радикализма требуется расширение границ резекции и удаление кишки с опухолью единым блоком с пораженными структурами, находящимися за пределами висцеральной фасции. Такими структурами могут быть тазовые нервные сплетения, подвздошные сосуды или соседние органы малого таза. Данный подход получил название расширенных экстрафасциальных резекций. В отделении колопроктологии ГУ РНЦХ РАМН доля оперативных вмешательств с использованием данного принципа составляет 43,6%. Цель исследования. Проспективное консекутивное исследование, направленное на оценку непосредственных и отдаленных результатов расширенных экстрафасциальных резекций при местнораспространенных формах рака прямой кишки.

Материалы и методы. В период с июня 2006 г. по февраль 2008 г. в отделении колопроктологии ГУ РНЦХ РАМН расширенные экстрафасциальные резекции по поводу местнораспространенных форм рака прямой кишки выполнены у 41 пациента (мужчины/женщины = 19/22, средний возраст 58,7±10,4 года). Расширенные оперативные вмешательства выполнялись в объеме: передней резекции (у 7 больных), низкой передней резекции (у 14), брюшно-анальной резекции (у 8), брюшно-промежностной экстирпации (у 12). Расширенные экстрафасциальные вмешательства с резекцией пресакральной фасции, выполнены у 6 пациентов, с резекцией элементов вегетативной нервной системы у 8 больных, подвздошных сосудов у 4 больных, мочевого пузыря и/или мочеоточника в 15 наблюдениях, матки, влагалища, придатков в 17 наблюдениях, предстательной железы, семенных пузырьков у 7 пациентов. Латеральная лимфаденэктомия выполнена у 15 больных.

Результаты. Средний объем кровопотери составил 1034,5±978 мл, средняя продолжительность операции 225,6±68,3 мин, средняя продолжительность госпитализации в послеоперационном периоде 14,8±4,7 сут. Развитие осложнений в послеоперационном периоде выявлено у 5 пациентов, послеоперационной летальности не отмечено. Медиана прослеженности составила 10,6±6,3 мес.

Заключение. Использование экстрафасциальных принципов резекции позволяет достичь Н0 резекции при локализованных и местнораспространенных опухолях прямой кишки без увеличения уровня послеоперационных осложнений.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ С РУЧНОЙ АССИСТЕНЦИЕЙ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Шельгин Ю.А., Шахматов Д.Г., Воробьев Г.И., Фролов С.А.

ФГУ «ГНЦК Росмедтехнологий»; Москва, Россия

Цель исследования. Исследовать сравнительную оценку непосредственных результатов лапароскопических резекций ободочной кишки с ручной ассистированием и лапароскопически ассистируемых операций при раке ободочной кишки.

Материалы и методы. В проспективное сравнительное исследование включено 217 пациентов, оперированных в ГНЦ Колопроктологии Росмедтехнологий по поводу рака ободочной кишки. Основную группу исследования составили 97 больных, перенесших лапароскопические резекции ободочной кишки с ручной ассистенцией. В контрольную группу было включено 120

пациентов, перенесших лапароскопически ассистируемые вмешательства. Группы были сопоставимы по стадии, локализации и гистологической характеристике опухоли. Средняя протяженность опухоли была достоверно выше в основной группе, по сравнению с контрольной (56±23 мм и 48±19 мм соответственно, $P < 0,05$). Распределение больных по полу, возрасту, характеру сопутствующих заболеваний в группах исследования достоверно не различалось. У больных основной группы индекс массы тела был выше, чем в контрольной группе (27,5±4,6 кг/м² против 25,8±3,8 кг/м², $P < 0,05$).

Результаты. В основной группе исследования у 54 (55,7%) больных пневмоперитонеум поддерживался на уровне 12 мм рт.ст., в 43 (44,3%) случаях операцию выполняли при более низком давлении газа в брюшной полости (8–10 мм рт.ст.). Лапароскопически-ассистируемые вмешательства выполняли при давлении в брюшной полости 12 мм рт.ст. Лапароскопические операции с ручной ассистенцией сопровождались меньшей интраоперационной кровопотерей и характеризовались меньшей продолжительностью по сравнению с лапароскопически ассистируемыми вмешательствами (103±75 мл и 137±72 мл, $P < 0,05$; 169±44 мин и 185±47 мин, $P < 0,05$). Длина минилапаротомного разреза в основной группе (8,1±2,1 см) и контрольной группе (7,9±1,4 см) статистически не различались ($P < 0,05$). Лапароскопические операции с ручной ассистенцией сопровождались низкой частотой осложнений (7,2%), малой выраженностью послеоперационного болевого синдрома (потребность в наркотических анальгетиках – 59,3±31,1 мг), ранним восстановлением кишечной перистальтики (36±15 часов) и способности к самообслуживанию, не отличаясь по этим показателям от лапароскопически ассистируемых вмешательств.

Выводы. Лапароскопические операции с ручной ассистенцией сочетают в себе преимущества лапароскопически ассистируемых и открытых вмешательств. Использование руки хирурга во время лапароскопического этапа операции способствует более качественной ревизии органов брюшной полости, обеспечивает быструю и безопасную мобилизацию любого отдела ободочной кишки.

«УСКОРЕННАЯ» И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ В ХИРУРГИИ ОБОДОЧНОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ

Schoenberg M.H., Schwendtner P.

Больница Красного Креста, Отделение общей Хирургии, Мюнхен, Германия

Цель исследования. Цель этой проспективной работы состояла в клинической оценке влияния «ускоренной» операции у больных с минимальными инвазивными проявлениями колоректальной патологии. Особый интерес представляли эффективность на сроки выживаемости, сроки стационарного пребывания и восстановления по сравнению с традиционно прооперированными пациентами.

Материалы и методы. Очищение кишки проводили методом тонкокишечного гиперкалорийного питания с фосфор-натриевым составом за день до операции. Перидуральный катетер, как правило, устанавливался до операции. Для интраоперационной замены жидкости применяли физиологический раствор NaCl 0,9% объемом 12 мл/кг/час. В случае низкого интраоперационного кровяного давления применяли 6% раствор гидроксизил крахмала. Назогастральная трубка была удалена немедленно после операции, мочевого зонд был удален в первый послеоперационный день. Пациенты оставались в ПИТ в течение одного дня после чего начали вскармливание и мобилизацию (2h) в день операции. Мобилизация увеличивали в первый день после операции каждые 6 часов ежедневно при нормальном энтеральном питании без инфузий.

Результаты. 147 пациентов в период с июня 2003 по январь 2006 были включены в исследование с избирательной колоректальной хирургией. Показанием для хирургического лечения были колоректальный рак и воспалительная болезнь кишечника. Мы выполнили лапароскопическую сигмовидную резекцию (n=117), левостороннюю гемиколэктомию (n=11), илеоцекальную резекцию (n=8), переднюю резекцию с тотальным мезоректальным удалением (n=9), брюшно-промежностную экстирпацию (n=1) и переднюю сегментальную резекцию прямой кишки (n=1). Дренажи были удалены на 2й, перидуральный зонд на 3–4й послеоперационные дни. Дефекацию наблюдали у всех пациентов к 2ому послеоперационному дню. Соотношения ранних послеоперационных осложнений составили 15% (22/147 пациенты) без летальности. 8 пациентов (5%) с анастомотическим подтеканием были повторно оперированы. Среднее время нахождения в стационаре составило 6 дней. Соотношение повторной госпитализации составило 3% (4/147 пациенты) и включала одного пациента с анастомотическим подтеканием. В течение этого периода ни один из пациентов не умер.

Заключение. «Ускоренное» лечение в комбинации с минимальноинвазивными операциями – безопасное и удобное послеоперационное лечение для пациентов с рекомендуемыми колоректальными операциями.

СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ГЛАДКОМЫШЕЧНОГО НЕОСФИНКТЕРА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ИЛИ УДАЛЕНИЯ ЗАМКАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ

Царьков П.В., Мудров И.М., Кравченко А.Ю., Иулдашев А.Г.

ГУ РНЦХ имени академика Б.В. Петровского РАМН; Москва, Россия

Актуальность. Оперативное лечение больных раком нижеампулярного отдела прямой кишки завершается резекцией или удалением сфинктерного аппарата прямой кишки. Решением этой проблемы считаем формирование гладкомышечной манжетки вокруг промежностной колостомы.

Цель исследования. Расширить возможности применения функционально-сохраняющих операций в лечении рака нижеампулярного отдела прямой кишки.

Материалы и методы. За период 2006–2008гг. в рамках проспективного динамического исследования разработан и применен новый метод формирования гладкомышечного неосфинктера. Оперировано 28 больных. Соотношение мужчин/женщин было 12/16. Средний возраст составил 52,4±6,2 года. В 10 наблюдениях формирование манжетки произведено после выполнения брюшно-промежностной экстирпации, а в 18 после брюшно-анальной резекции прямой кишки с удалением внутреннего сфинктера и формированием двустольной трансверзостомы. В 23 случаях сформирован тазовый колопластический резервуар. Ни в одном наблюдении не потребовалась мобилизация левых отделов ободочной кишки. Результаты. Результаты оценены у всех больных. Летальность 0. Послеоперационные осложнения не требовали выполнения повторных оперативных вмешательств. Закрытие двустольной трансверзостомы у 18 больных произвели в сроки от 1 до 2 месяцев. Ритмичную деятельность кишки через три месяца отметили двадцать три больных. Трем пациентам потребовалось периодическое проведение очистительных клизм. Проведенные физиологические исследования (электромиография, манометрия) признаков дегенерации гладкомышечной манжетки в различные сроки после операции не выявили.

Заключение. Новый способ формирования гладкомышечного неосфинктера позволяет отказаться от мобилизации левых отделов ободочной кишки, уменьшить травматичность оперативного вмешательства, использовать его у большего числа пациентов и достичь хороших функциональных результатов.

РАДИКАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНЫХ ФОРМ РЕКТАЛЬНОГО РАКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ РАСШИРЕННОГО ЭКСТРАФАСЦИАЛЬНОГО ВЫДЕЛЕНИЯ ПРЯМОЙ ИЛИ НИЗВЕДЕННОЙ КИШКИ

Царьков П.В., Мудров Н.М., Тулина И.А., Миронов Б.И.

ГУ РНЦХ имени академика Б. В. Петровского РАМН; Москва, Россия

Актуальность. Широкое внедрение техники тотальной мезоректумэктомии, произошедшее в течение последних десятилетий, позволило снизить частоту возникновения рецидивных опухолей прямой кишки в полости малого таза с 30% до 5-10%. Несмотря на низкую ожидаемую частоту встречаемости внутритазовых рецидивов рака прямой кишки лечение данных форм заболевания остается важной проблемой колоректальной хирургии. Данные многих опубликованных исследований свидетельствуют о том, что консервативное химиолучевое лечение приводит только к временному улучшению состояния пациента. Широкое внедрение хирургического лечения местных рецидивных опухолей прямой кишки ограничивается сложностью вмешательства и частым тяжелым состоянием пациента. Кроме того подобные повторные резекции сопровождаются высокой частотой развития интра- и послеоперационных осложнений и высоким уровнем летальности. В то же время совершенствование способов предоперационного и послеоперационного ведения больных, а также методики выполнения хирургического вмешательства приводит к расширению показаний к выполнению радикальной резекции при вторичных злокачественных опухолях прямой кишки. Основным принципом таких вмешательств является использование экстрафасциального принципа выделения прямой или низведенной кишки. Данный подход заключается в расширении границ резекции, что приводит к удалению кишки с опухолью единым блоком с пораженными структурами. Цель исследования. Оценка непосредственных и отдаленных результатов расширенных экстрафасциальных резекций при рецидивных формах рака прямой кишки. Материалы и методы. За период с января 2007 г. по март 2008 г. в отделении колопроктологии ГУ РНЦХ РАМН накоплен опыт выполнения 32 оперативных вмешательств у больных с рецидивными опухолями в полости малого таза (мужчины/женщины = 7/25, средний возраст 53,7±9,3 лет). Рецидивная форма рака прямой кишки в полости малого таза выявлена у 27 человек, рецидивные опухоли женской половой системы у 4 больных. У одной пациентки была обнаружена рецидив плоскоклеточного рака неуточненной локализации. Вовлечение в опухолевый процесс прилежащих к рецидивной опухоли органов и образований выявлено у 10 пациентов (тонкой кишки в 4 наблюдениях, подвздошных сосудов в 5, мочеоточника в 3, мочевого пузыря в 3, матки или влагалища у 5 пациенток, простаты у 1 больного). Брюшно-промежностная экстирпация низведенной кишки выполнена 2 больным, брюшно-анальная резекция 5, низкая передняя резекция 9, удаление рецидива опухоли с латеральной лимфаденэктомией 9 больным. В 7 наблюдениях была выполнена эксплоративная лапаротомия по причине распространенного канцероматоза брюшной полости.

Результаты. Средний объем кровопотери составил 930,3±1187 (50-5000) мл, средняя продолжительность операции 252,7±25,5 (30-5) мин, средняя продолжительность послеоперационного койко-дня 15,5±6 дн (7-35 дн). Развитие осложнений в послеоперационном периоде выявлено у 4 (12,9%) пациентов, в том числе ТЭЛА, ставшая причиной смерти 1 пациента на 11 сутки послеоперационного периода. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре в послеоперационном периоде составила 15,7±5,8 сут. Медиана прослеженности составила 10,4±2,3 мес. От прогрессирования заболевания умерло 5 пациентов (15,6%).

Заключение. Использование экстрафасциальных принципов резекции позволяет достичь резекции при рецидивных опухолях прямой кишки и других внутритазовых органах без увеличения уровня послеоперационных осложнений.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕФАЛОСПОРИНОВ 3 ПОКОЛЕНИЯ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИТОНИТЕ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Шишло И.Ф.

ГУ «РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова»; Минск, Беларусь

Цель исследования. Для рационального выбора антимикробных препаратов при проведении эмпирической антибактериальной терапии (АБТ) послеоперационного перитонита у онкологических больных изучить клиническую эффективность цефалоспоринов III поколения (ЦС III).

Материал и методы. Клиническое исследование включало 90 онкологических больных с послеоперационным перитонитом, получавших лечение ЦС III. Хирургические вмешательства по санации очага перитонита были стратифицированы на радикальные, нерадикальные и с неустранимым источником инфекции. Эффективность АБТ оценивалась по показателю госпитальной летальности.

Результаты. АБТ ЦС III приобрела важную роль при нерадикальной хирургической санации источника перитонита. Если она соответствовала этиотропной терапии, то возможности излечения существенно расширились: при адекватной терапии летальность была ниже (11,1±7,6%); $p=0,002$, чем при несоответствии ее выделенным возбудителям послеоперационного перитонита (66,7±14,2%). При радикальном устранении источника перитонита или несанированном очаге такого влияния АБТ не наблюдалось. Добавление аминогликозида в качестве сопутствующего антибиотика в протокол эмпирической терапии ЦС III показало более высокую ($p=0,015$) частоту выделения резистентных возбудителей перитонита у пациентов, леченных гентамицином (76,5±10,3%), чем амикацином (41,5±7,7%). Это происходило в основном за счет гентамицина (41,2±11,9%), который чаще ($p=0,05$), чем амикацин (41,2±11,9%) не проявлял активности к энтеробактериям. Сопутствующий амикацин расширял спектр активности ЦС III на 34,1±7,4%, в то время как гентамицин не отличался (0±5,0%); $p=0,006$ таким антимикробным действием. Схемы эмпирической АБТ послеоперационного перитонита с или без аминогликозида в 34,1-57,7% случаев не охватывали всего спектра аэробных возбудителей, обладая примерно одинаковой эффективностью. Летальность колебалась от 29,4% до 47,1% ($p>0,1$).

Выводы. При радикальной санирующей операции по устранению источника перитонита эмпирическую АБТ можно начинать с ЦС III в сочетании с амикацином или без него, внося коррекцию в лечение по результатам микробиологического исследования. Для улучшения результатов лечения послеоперационного перитонита с нерадикально устранимым источником в протоколе стартовой АБТ следует заменить ЦС III на антибиотик, активный в отношении резистентных энтеробактерий и неферментирующих бактерий.

ЧАСТОТА КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ОНКОПРОКТОЛОГИИ

Щерба С.Н., Половинкин В.В.

Кубанский государственный медицинский университет; Краевая клиническая больница №1; Краснодар, Россия

В 2007 году в колопроктологическом отделении ККБ№1 г. Краснодара прооперировано 72 (100%) больных, страдающих раком прямой кишки и ректосигмоидного отдела толстой кишки. Мужчин было – 34 (47,2%) человека, женщин – 38 (52,8%). Возраст: мужчины – 66±2 лет, женщины 69±2. Всем больным в плановом порядке после стандартного дообследования и предоперационной подготовки выполнены срединные лапаротомии. Оперирующим хирургом проводилась ревизия органов брюшной полости, после чего определялся окончательный объем хирургического вмешательства. В большинстве случаев 65 (90,3%) произведены различные виды резекций прямой кишки либо с анастомозом и превентивной стомой, либо резекция с колостомой (по типу операции Гартмана) или экстирпация прямой кишки. У 7 (9,7%) пациентов хирургические вмешательства были комбинированными в результате прорастания опухоли в соседние органы. Из них четырёх женщинам (5,6%) выполнена передняя резекция прямой кишки с экстирпацией матки с придатками. А в трёх (4,1%) случаях, одной женщине и двум мужчинам, произведена экзисцерация таза.

Таким образом, очевидно, что местное распространение рака прямой кишки, вследствие запущенности процесса не редкость и требует от хирурга-колопроктолога выбора правильной лечебной тактики у подобных пациентов. В наших наблюдениях почти каждому десятому больному, оперированному по поводу рака прямой кишки, выполнялась комбинированная операция.

ПРИМЕНЕНИЕ РУЧНОГО ОДНОРЯДНОГО ШВА ПРИ НАЛОЖЕНИИ КОНЦЕ-КОНЦЕВОГО АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Юдин В.А., Левушкина А.А., Юдин И.В.

Городская клиническая больница №11, кафедра хирургических болезней с курсом урологии, Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова; Рязань, Россия

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения при низких опухолях среднеампулярного отдела прямой кишки.

Материалы и методы. За 7 лет было проведено 85 реконструкций толстой кишки по поводу опухолей. В 11 случаях была произведена передняя резекция прямой кишки в среднеампулярном отделе с наложением конце-концевого анастомоза однорядным непрерывным швом. Техника передней резекции прямой кишки зависела от места расположения опухоли, стадии роста, наличия признаков метастазирования, антропометрических особенностей строения малого таза, наличия сопутствующей патологии в органах расположенных около прямой кишки.

Результаты. Особенностью наложения анастомоза было наложение непрерывного шва на заднюю губу анастомоза, без вскрытия слизистой. После завершения первого этапа вскрывался просвет кишки и накладывался обвивной шов на переднюю губу анастомоза без захвата слизистой. Восстанавливалась тазовая брюшина. До наложения анастомоза параректально вводился страховочный дренаж к зоне анастомоза, который удалялся на 3 сутки. Самое низкое расположение опухоли при выполнении передней резекции составило 7 см. Однорядный шов позволяет произвести переднюю резекцию прямой кишки при расположении опухоли в среднеампулярном отделе прямой кишки без особых трудностей.

Выводы. Изучение клинического материала позволяет с оптимизмом отнестись к выбору метода соединения толстой кишки, после её резекции, ручным однорядным обвивным швом с применением современного шовного материала.

НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Вишневский В.А., Ионкин Д.А., Гаврилин А.В., Жаворонкова О.И., Ефанов М.Г., Шуракова А.Б.

ФГУ Институт хирургии им. А.В.Вишневского Росмедтехнологий; Москва, Россия

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов со злокачественными поражениями печени.

Материалы и методы. В 2002 г. 102 пациентам была проведена радиочастотная абляция (РЧА) по поводу очаговых образований печени была выполнена. Из них мужчин – 34 (39,3%), женщин – 68 (66,7%). Возраст варьировал от 23 до 83 лет и составил в среднем 53,0±9,3 года. РЧА в нашем опыте производилась как для обработки самих образований печени, так и на этапе выделения, а затем и обработки среза печени. Всего было выполнено 220 сеансов РЧА. Среднее число сеансов – 2,2±1,7 (от 1 до 8). Наиболее часто выполнялась чрескожная РЧА под ультразвуковым контролем – 179 сеансов (81,4% от всех вмешательств с применением РЧА). Для проведения РЧА мы использовали аппарат Radionics CoolTip® Ablation System и набор водоохлаждаемых электродов.

Результаты. Нами прослежены отдаленные результаты у 97% пациентов, перенесших различные виды вмешательств с применением РЧА в сроки от 6 до 62 мес. Пять больных (4,9%) умерли в первые 3 месяца после вмешательства. У 61% больных возникли новые очаги, не смотря на проводимую химиотерапию и повторные РЧА вмешательства. В том числе: у 26% – внутривнутрипеченочные, у 34% – внепеченочные (в первую очередь, в легкие) и у 45,8% – внутри и внепеченочные. В нашем опыте 1, 2х, 3х, 4х и 5летняя выживаемость составили 84,2%; 55,7%; 39,7%; 29,7% и 16,3% соответственно.

Заключение. Наш опыт показывает, что в большинстве наблюдений речь идет не о продолженном росте, а о неполной деструкции очагов в ходе предыдущих сеансов РЧА и отсутствии адекватного контроля (МРТ), в результате чего неполная РЧА расценивалась как полная. Ультразвуковой контроль позволяет выявить лишь осложнения вмешательства и не позволяет судить об адекватности вмешательства. На основании накопленного опыта считаем, что при оценке результатов. Для больных РЧА является не циторедуктивным, а радикальным способом лечения (в том случае, если при контрольном МРТ подтверждена деструкция опухоли +1 см здоровой ткани по периферии – требования, предъявляемые к резекциям печени).

ТЕХНОЛОГИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИЛЮСНЫХ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМ

*Рудаков В.А., Охотина Г.Н., Измайлова Л.Г., Понкина О.Н., Рудаков А.В., Бабенко Е.А., Охотина А.В.
РЦФХГ; Краснодар. Россия*

Цель исследования. Разработка новых технологий, позволяющих повысить радикальность и резектабельность в комбинированном хирургическом лечении очаговых поражений желчных протоков с вовлечением в процесс магистральных желчных протоков и сосудов ворот органа.

Материал и методы. Мы наблюдали за 65 пациентами с гилюсными холангиокарциномами (ГХ), осложненными механической желтухой. Мужчин 26, женщин 39, в возрасте от 31 до 86 лет. Радикальные операции выполнены в 35 случаях (5,85%), в 1 случае (1,54%) с летальным исходом и у 30 (46,15%) больных – произведены паллиативные вмешательства с 3 (4,61%) летальными исходами.

Результаты. Желчные протоки, пораженные гилюсной холангиокарциномой (тип II, IIIA, IIIB) наблюдалось в 5 (7,63%) случаях. Были выполнены: би, сегментэктомии – 3, гемигепатэктомии с удалением 1 сегмента – 2 больным, с резекцией у всех гепатикохоледоха и гилюса с последующим формированием прецизионного однорядного билиодигестивного анастомоза с выключенной петлей тонкой кишки по Ру, а также лимфаденэктомии гепатодуоденальной связки, области головки поджелудочной железы и чревного ствола. Опухолевая обструкция желчных протоков и инвазия печеночной артерии, воротной вены и их ветвей (234 стадии по Gazzaniga, 1985) отмечена в 30 (40,15%) случаях. У 3 (4,61%) больных с инвазией на ограниченном участке воротной, ее ветви и нижней полой вен – выполнены краевая (сегментарная) резекция сосудистой стенки с наложением сосудистого шва или анастомоза «конец в конец». В 27 (41,54%) случаях, с обширной инфильтрацией и участками глубокой инвазии печеночной артерии, воротной вены и оставшихся их ветвей после гемигепатэктомии или расширенной гемигепатэктомии, сосудистые структуры были выделены различными способами, из ракового инфильтрата, с оставлением небольших «пластинок» опухолевой ткани на сосудистых стенках, с последующей их аппликационной деструкцией по разработанной нами технологии. Микрометастазы, оставшиеся на выделенных из инфильтрата стенках сосудов, были подвергнуты «поверхностной» криодеструкции методом крионапыления. Определяющим в объеме оперативного вмешательства являлся уровень поражения холангиокарциномой желчных протоков, а не уровень инвазии внутрипеченочных сосудов. Оставшийся достаточный объем здоровой паренхимы печени, с непораженными опухолью желчными протоками, способной обеспечить нормальную функцию организма, – является критерием объема оперативного вмешательства при гилюсных холангиокарциномах с инвазией в магистральные сосуды ворот органа. Пораженные опухолью желчные протоки, вне-, и внутрипеченочные, иссекались с гистологическим исследованием тканей по границам резекции с последующей реконструктивной операцией – наложением прецизионного билиодигестивного анастомоза.

Выводы. Результаты и заключение: в 27 (41,54%) случаях, у пациентов с гилюсными холангиокарциномами были использованы два метода криодеструкции: аппликационный – на «пластинки» опухолевой ткани – при глубокой инвазии стенок сосудов и крионапыление – при наличии поверхностных микрометастазов на стенках сосудов, выделенных из ракового инфильтрата – удалось достоверно достигнуть радикальности лечения, при одном летальном исходе, увеличение сроков выживаемости с отсутствием отдаленных рецидивов в области криовоздействия.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ ПРИ ГЕМИГЕПАТЭКТОМИЯХ СПРАВА

Лаврентьев А.А., Касаткин В.Ф., Маслов А.А.

Ростовский научно исследовательский онкологический институт; Ростов-на Дону, Россия

Правосторонняя гемигепатэктомия была выполнена 33 больным с первичным (n=24) и метастатическим (n=9) поражением печени. Средний возраст составил 51±2 года. Соотношение мужчин и женщин было примерно одинаковым.

Операция начиналась с лапаротомного доступа и последующего выделения и катетеризации пупочной и диафрагмальной вен. Далее происходило выделение с последующим пережатием сосудистыми зажимами правой печеночной вены и правой ветви пор-тальной вены. В катетеризированную пупочную вену вводили 2 мл дипептивена, пред ставляющего собой 20% раствор дипептида глутамин. Через 20, 40, 60 и 80 минут во время продолжающегося оперативного вмешательства из катетера, стоящего в диафраг-мальной вене, забирали по 2-3 мл крови и определяли в ней уровень мочевины.

Ретроспективно все больные были разделены на две группы: основную (n=15) и контрольную (n=18) по признаку уровня содержания мочевины в оттекающей от левой (остающейся) доли печени. В крови пациентов основной группы уровень мочевины через 60 мин после введения глутамин повышался в 1,8-2 раза относительно фоновых значений, что расценивалось как сохранение удовлетворительного функционального состояния левой доли печени, участвующей в синтезе мочевины. В крови пациентов контрольной группы не найдено значимого прироста содержания мочевины в крови из диафрагмальной вены относительно исходных значений. Это ставило под сомнение функциональную со стоятельность оставляемой доли печени по факту ее участия в синтезе мочевины.

Анализ послеоперационных осложнений показал, что из 15 больных основной группы печеночная недостаточность развилась у 3х больных в сроки 3-4 сутки, но была купирована консервативными мероприятиями. В контрольной группе печеночная недос-таточность развилась у 8 из 18 пациентов в сроки 1-3 сутки. Консервативные мероприятия имели успех лишь у 3х больных, тогда как 5 пациентов погибли в срок 3-6 суток при яв-лениях нарастающей печеночно-почечной недостаточности.

На основании полученных результатов рекомендуем применение предлагаемой на ми методики для целесообразности выполнения правосторонней гемигепатэктомии.

СОВОКУПНОСТЬ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПЕРВИЧНОМ И ВТОРИЧНОМ РАКЕ ПЕЧЕНИ

Агаева З.А., Федичева Н.А., Горбов Л.В.

ГОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет, МУЗ Краснодарская городская больница скорой медицинской помощи, ФГУ Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии Росздрава; Краснодар, Россия

Цель исследования. ПРП является редким и чрезвычайно злокачественным новообразованием. Фактором риска развития гепатоцеллюлярной карциномы являются гепатиты В и С, частота которых продолжает увеличиваться. Чаще встречается

метастазирование других опухолей в печень, рассматриваемое как ВРП. Правильное установление диагноза оказывает влияние на прогноз и методы лечения. Золотым стандартом диагностики является тонкоигольная биопсия, однако при этом не всегда получается добыть адекватный материал. Целью данной работы явилось изучение различий в биохимических показателях больных с данной патологией.

Материалы и методы. В период с 1993 по 2006 годы на базе Центрального военного клинического госпиталя им. А.А. Вишневого МО РФ (г. Москва) и Краснодарской городской клинической больницы скорой медицинской помощи было изучено состояние гепатобилиарной системы у 47 больных с ПРП и 239 человек с её метастатическими поражениями. Биохимические исследования включали изучение активности классических «печеночных» ферментов – АСТ, АЛТ, ЛДГ, ЩФ, ГГТ, концентрации общего белка, альбумина, фибриногена и активность антитромбина III. Диагноз был верифицирован морфологически. Статистический анализ проводили при помощи критерия Вилкоксона.

Результаты. При сопоставлении биохимических показателей обращает на себя внимание более выраженные цитолитический и холестатический синдромы при ПРП ($p < 0,01$). Вместе с тем, варьирует и частота проявления этих лабораторных синдромов. Для цитолитического синдрома при ПРП характерно повышение АСТ (в 87,2% случаев), а при вторичном – повышение ЛДГ (в 35,1% случаев). Холестатический синдром при ВРП выявляется чаще цитолитического: ЩФ – в 82,8% случаев, ГГТ – в 37,6%, тогда как при ПРП холестатический синдром выявляется в 100% случаев: по ЩФ и ГГТ.

Выводы. Белковосинтетическая функция печени по содержанию альбумина, общего белка и фибриногена не нарушена, однако нами наблюдалось более выраженное возрастание концентрации фибриногена при гепатоцеллюлярной карциноме. В обеих группах наблюдается резкое снижение основного антикоагулянта плазмы, антитромбина III, более выраженное при ПРП. Полученные данные позволяют сделать вывод о различной степени выраженности и частоты лабораторных проявлений болезни, а также о возможности построения статистических решающих правил, относящих больного с раком печени к одной из двух изучаемых групп.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОБСТРУКТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ХОЛЕДОХА

Катрич А.Н., Габриэль С.А., Балалыкин А.С., Балалыкин В.Д.

ФГУ РЦФХГ РОСЗДРАВА, Краснодар; ГБ №2, Краснодар; 3 ЦВКГ им. А.В. Вишневого, Москва; ГБ №3, Краснодар, Россия

Цель исследования. Показать эффективность инструментальных методов диагностики заболеваний, сопровождающихся непроходимостью терминального отдела холедоха (ТОХ).

Материал и методы исследования. Анализ проведен по результатам обследования 317 пациентов с билиарной обструкцией на уровне ТОХ с 2004 по 2007 г. Алгоритм инструментального обследования включал трансабдоминальное ультразвуковое исследование (ТАУЗИ), эндоскопическое ультразвуковое исследование (ЭУЗИ), дуоденоскопию с проведением эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ДС+ЭРХПГ) и компьютерную томографию (КТ). По нозологии заболеваний больные были распределены на группы: желчнокаменная болезнь – 73 пациента, рак дистальных отделов холедоха – 24 пациента, рак головки поджелудочной железы – 116 больных, псевдотуморозный панкреатит – 74 пациента, рак большого дуоденального сосочка (БДС) – 30 больных. У всех больных диагноз был подтвержден цитологическими или гистологическими методами исследования.

Результаты исследования. Нами проанализирована чувствительность каждой из инструментальных методик в диагностике причин обструкции ТОХ: желчнокаменная болезнь (ТАУЗИ – 62%; ЭУЗИ – 98%; ДС+РХПГ – 100%; КТ – 12%); рак холедоха (ТАУЗИ – 100%; ЭУЗИ – 78%; ДС+РХПГ – 99%; КТ – 71%); рак головки поджелудочной железы (ТАУЗИ – 88%; ЭУЗИ – 96%; ДС+РХПГ – 96%; КТ – 81%); псевдотуморозный панкреатит (ТАУЗИ – 87%; ЭУЗИ – 94%; ДС+РХПГ – 92%; КТ – 87%); рак БДС (ТАУЗИ – 37%; ЭУЗИ – 98%; ДС+РХПГ – 98%; КТ – 52%).

Заключение. Перечень используемых методов исследования в диагностике заболеваний, с блоком желчеоттока на уровне ТОХ, зависит от оснащения лечебного учреждения и наличия квалифицированных специалистов. Ни один из примененных нами инструментальных методов не дал 100% эффективности.

Выводы. Методы инструментальной диагностики, имеющиеся в арсенале клиники, должны выполняться по строгим показаниям и взаимодополнять друг друга. Эндоскопические методы (ДС с ЭРХПГ и ЭУЗИ) обладают наиболее высокой чувствительностью в диагностике данной патологии.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

Лядов К.В., Вишинский А.А., Ермаков Н.А.

ФГУ Лечебно реабилитационный центр Росздрава, Москва, Россия

Цель исследования. Изучить возможности и эффективность радиочастотной абляции в комплексном лечении пациентов с опухолевым поражением печени.

Материал и методы исследования. За период 2006–2007 гг. в Лечебно реабилитационном Центре Росздрава радиочастотная абляция опухолевых очагов в печени выполнена у 12 больных в рамках комплексного лечения. Из этих пациентов подавляющее большинство (11 больных) составили пациенты с метастатическим колоректальным раком. У одного больного диагностирована очаговая форма печеночноклеточного рака. У всех пациентов с метастатическими опухолевыми очагами в печени выявлено билобарное поражение органа. У этих больных радиочастотная абляция в 8 случаях была составной частью хирургической операции на печени (правосторонней гемигепатэктомии, бисегментэктомии). У 3 пациентов чрезкожная радиочастотная абляция явилась самостоятельным видом лечения. Показанием к такому вмешательству явилось множественное билобарное поражение печени у пациентов пожилого и старческого возраста с наличием тяжелой сопутствующей патологии. Максимально у одного больного абляции подверглись 5 очагов в печени диаметром до 4 см. Больной с печеночноклеточным раком имел очаговую форму поражения печени, при которой опухолевый узел диаметром 7 см располагался на границе V и VIII сегментов печени. Пожилой возраст больного, тяжелая сердечная патология явились основанием для отказа от хирургической резекции печени в этом случае. Чрезкожная радиочастотная абляция выполнена на аппарате «RITA» модели 1500X с использованием радиочастотных электродов зонтичного типа с ирригационным охлаждением. У этого пациента радиочастотная абляция опухоли выполнена перекрывающимися сферами прогрева диаметром по 7,5 см – две зоны по длинной оси опухоли и две – по экватору. При пункционной биопсии 4х полюсов зоны абляции, выполненной через 1

месяц после лечения, гистологически верифицированы некробиотические изменения опухоли и прилегающих к ней участков печёночной ткани. При дальнейшем наблюдении пациента в течение 6 месяцев клинико-лабораторных и инструментальных данных за прогрессирование заболевания и метастазирование опухоли не отмечено.

Результаты. Из 8 больных, у которых радиочастотная абляция была составной частью хирургической операции на печени, 1 умер от прогрессирования заболевания менее чем через полгода после вмешательства. Еще у 1 больного отмечено продолженное метастазирование в печень, что потребовало выполнения атипичной резекции двух сегментов печени, дополненной интраоперационной радиочастотной абляцией через 7 месяцев после первичной чрескожной абляции. У остальных больных в сроки от 4 месяцев до 1 года клинико-лабораторных и инструментальных данных за прогрессирование заболевания не отмечено.

Наш опыт применения различных вариантов методики радиочастотной абляции позволяет считать её важной составной частью комбинированного лечения метастатического поражения печени при колоректальном раке, а в некоторых случаях и самостоятельным методом лечения опухолей печени, альтернативному традиционному хирургическому вмешательству.

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ ГИЛЮСНЫХ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМ, ОСЛОЖНЕННЫХ СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ И ИНВАЗИЕЙ В МАГИСТРАЛЬНЫЕ СОСУДЫ ВОРОТ ПЕЧЕНИ

Рудаков В.А., Измайлова Л.Г., Охотина Г.Н., Хондюкова Н.Н., Украинцева М.В.

РЦФХГ; Краснодар, Россия

Цель исследования. Оценить возможности ультразвукового метода в ранней диагностике гилюсных холангиокарцином печени, осложненных синдромом механической желтухи и инвазией в магистральные сосуды ворот печени.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 77 больных в возрасте от 31 до 86 лет с воротными холангиокарциномами. Мужчин – 28, женщин – 49. Все больные при первом обращении имели синдром механической желтухи. Билирубинемия в пределах от 130 до 498 мкмоль/л. Длительность желтушного периода составляла от 2 недель до 2 месяцев. Диагностика включала комплексное обследование: ультразвуковое исследование (УЗИ) как серошкального, так и цветового доплеровского картирования (ЦДК) с дуплексным исследованием сосудов, компьютерная томография (КТ), магнитнорезонансная томография (МРТ), ангиография чревного ствола и системы воротной вены, чрескожная – чреспеченочная холангиография (ЧЧХ), ретроградная холангиография (РХГ), эндоскопическое УЗИ. Ультразвуковое исследование проводилось на аппаратах Aloka 3500, Aloka 4000 с использованием датчика 3,5 МГц, в режиме серошкального сканирования, цветового доплеровского картирования (ЦДК), дуплексного исследования сосудов.

Результаты. Важное значение имела ультразвуковая диагностика до выполнения дренирующих операций, когда имела место билиарная гипертензия. В этот период оценивалась степень изменений стенки протока на различном уровне. Так, утолщение (увеличение размера толщины стенок) и усиление интенсивности эхосигнала проксимальнее стриктуры свидетельствовало об инфильтративном типе роста (73–94,8%) пациентов), наличие внутрисветного образования, без характерного сужения и изменений соответствовало папиллярному типу роста опухоли (3–3,9%) пациента), в одном случае отмечался смешанный рост опухоли. Характерной особенностью холангиокарциномы являлось наличие в зоне поражения гиперэхогенной ткани, однородной экоструктуры, без четких контуров. Дистально от границы опухоли визуализируется холедох, в сжавшемся состоянии, с четкой дифференцировкой стенок. Измерив расстояние между проксимальными и дистальными границами инфильтрата в трех измерениях на уровне конfluence получали размеры опухолевого конгломерата.

Выводы. Сопоставив полученные данные с интраоперационными находками, наиболее достоверными ультразвуковыми признаками в диагностике гилюсных холангиокарцином печени, осложненных синдромом механической желтухи и инвазией в магистральные сосуды, являются дуплексное исследование трубчатых структур в поперечном сечении, изменение качественных и количественных характеристик в зависимости от степени сужения сосуда. Данные исследования позволяют на дооперационном этапе определить степень инвазии сосудов, что является определяющим в выборе объема оперативного лечения.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ВОВЛЕЧЕНИЕМ В ПРОЦЕСС СОСУДИСТЫХ СТРУКТУР

Рудаков В.А., Охотина Г.Н., Бабенко Е.А., Барышев А.Г., Карпук Д.Г., Шевченко С.С., Рудаков А.В., Охотина А.В.

РЦФХГ; Краснодар, Россия

Цель исследования. Разработка новых технологий и методов для повышения резектабельности в комбинированном хирургическом лечении очаговых поражений печени (ОПП) центральных локализаций, осложненных механической желтухой, с вовлечением в процесс магистральных желчных протоков и сосудов ворот органа.

Материал и методы. Из 67 пациентов с ОПП, осложненных механической желтухой, радикальные операции выполнены в 42 (62,69%) случаях (4 – с альвеококком, 5 – с метастазами, 33 – с первичным раком), с 1 (1,49%) летальным исходом и у 25 (37,13%) больных – произведены паллиативные вмешательства с 3 (4,48%) летальными исходами. Мужчин 44, женщин 23 в возрасте от 17 до 88 лет.

Оперировано радикально 11 (16,42%) больных с вовлечением у них в опухолевый или паразитарный процесс только желчных протоков. Были выполнены би-, сегментэктомии или гемигепатэктомии с резекцией гепатикохоледоха и конfluence, вплоть до второго деления протоков (в проксимальном направлении), и обязательным гистологическим исследованием на наличие опухолевого роста по краям резекции, лимфаденэктомии гепатодуоденальной связки, области головки поджелудочной железы и чревного ствола, с последующим формированием прецизионного однорядного билиодигестивного анастомоза на выключенной петле тонкой кишки по Ру.

При вовлечении в опухолевый или паразитарный процесс желчных протоков и сосудов оперировано 31 (46,27%) больных. Произведены: лево-, правосторонние геми-, или расширенные гемигепатэктомии с резекцией желчных протоков в пределах здоровых тканей с реконструктивной операцией – формированием билиодигестивного прецизионного анастомоза. Магистральные сосудистые структуры были выделены различными методами из ракового инфильтрата с оставлением «пластинок» патологической ткани на стенках трубчатых структур – при глубоком поражении, которые

невозможно было удалить без образования неустранимого дефекта в их стенке. Аппликационным методом выполнена глубокая криодеструкция «пластинок» патологической ткани и «мягкая» криодеструкция, методом крионапыления для ликвидации микрометастазов на сосудах, выделенных из инфильтратов.

Предварительно всем больным с механической желтухой на первом этапе, в экстренном порядке было произведено временное или окончательное наружное отведение желчи методом чрескожной чреспеченочной холангиостомии под контролем УЗИ, с последующим через 3-4 недели оперативным лечением по показаниям.

Результаты и заключение. Отдаленные послеоперационные результаты выявлены у 36 больных, радикально оперированных. Выживаемость составила 1 год – у 35 (97,22%), кроме 1 (2,78%) летального случая, 2 года – 21 (58,33%), 3 года – у 19 (52,78%), 5 лет – у 7 (19,44%). Необходимо отметить отсутствие рецидивов заболеваний в области криодеструкции магистральных сосудистых структур.

ЧРЕЗКОЖНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ ТЕРМОАБЛАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Томенко К.Н.

Свердловский областной онкологический диспансер; Екатеринбург, Россия

Цель исследования. Оценка возможностей и результатов чрескожной радиочастотной термоабляции в лечении метастатического поражения печени.

Материалы и методы. За период с 04.2006 по 01.2008 РЧА метастазов злокачественных новообразований различной локализации в печень выполнена 77 пациентам – 48 женщинам, 29 мужчинам, в возрасте от 32 до 81 года (59±9,5 лет). Преобладали метастазы колоректального рака (56 больных). Количество очагов в печени не превышало шести, размеры – 11–54 мм (28±4) мм. Всего воздействию подвергнуто 187 очагов. Условиями для выполнения РЧА служили удаление первичной опухоли, отсутствие внепеченочного распространения заболевания и определение на дооперационном этапе возможности обработки всех очагов в печени.

Результаты. Количество удаленных очагов за один сеанс варьировало от 1 до 3; количество аппликаций на один очаг – от 1 до 5; длительность воздействия составляла 922 мин. (14,8±1,3 мин.). Летальных исходов и осложнений, требующих выполнения оперативного вмешательства или проведения интенсивной терапии, не было. Средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре 4,2 суток (3–7 сут.). В дальнейшем появление местных рецидивов отмечено у 9 пациентов (11,7%). Во всех случаях местное рецидивирование было характерно для метастазов размером более 45 мм. Появление других очагов вне зон предшествующей РЧА было диагностировано у 16 пациентов в сроки 1–16 мес. Повторные сеансы термоабляции по поводу местного рецидива выполнены 3 пациентам, по поводу повторного метастазирования – 9 больным. При сроках наблюдения 2–9 месяцев пациенты без признаков прогрессирования заболевания.

Выводы. Таким образом, по нашим данным, чрескожная радиочастотная термоабляция является эффективным и безопасным методом малоинвазивного воздействия на метастатические очаги в печени, не сопровождающимся развитием серьезных осложнений при методически правильном ее выполнении. Улучшение результатов локального воздействия на метастатические очаги, по нашему мнению, возможно за счет сочетания РЧА с различными вариантами химиотерапии для предупреждения как рецидивов заболевания, так и повторного метастазирования, а также совершенствования техники проведения самого вмешательства.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СТАНДАРТНЫХ И РАСШИРЕННЫХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ

Егоров В.И., Козлов И.А., Вишневецкий В.А., Кригер А.Г., Мелехина О.В.

ФГУ Институт хирургии им. В.А. Вишневецкого Росмедтехнологий; Москва, Россия

Цель исследования. Сравнить ближайшие послеоперационные результаты стандартных и расширенных панкреатодуоденальных резекций (ПДР).

Материалы и методы. Проспективный анализ периоперационных осложнений 60 стандартных и 30 расширенных (радикальных и расширенных радикальных) ПДР, последовательно выполненных в 2004–2007 гг.

Результаты. В 69 наблюдениях была гистологически выявлена протоковая аденокарцинома поджелудочной железы (ПЖ), в 6 – внутрипротоковая папиллярная муцинозная карцинома ПЖ, в 11 – рак ВДС и общего желчного протока, в 1 – муцинозная цистаденокарцинома, в трех случаях – доброкачественные процессы (однажды – алкогольный и дважды – аутоиммунный панкреатит). При расширенных операциях в 7 случаях выполнена резекция воротной вены и в двух – верхней брыжеечной артерии. 68 пациентов с раком ПЖ имели IIB стадию заболевания и один – III стадию. Средние показатели стандартных и расширенных операций были следующими: кровопотеря: 760±160 мл и 830±105 мл; продолжительность операции: 330±45 и 410±35 мин. ($p<0,05$); послеоперационный койко-день 24,1 и 22,7; летальность: 4,4% и 6,6%. Недостаточность панкреатодигестивного анастомоза отмечена в 17% случаев при стандартных и в 6,6% ($p<0,05$) – при расширенных операциях, недостаточность билиодигестивного анастомоза, соответственно – в 11,6% и 3,3% ($p<0,05$), общая частота осложнений – 37% и 42%. Диарея, продолжительностью до 2х недель (2 случая) и лимфоррея до 30 дней (3 случая) отмечена только при расширенных операциях. При расширенных вмешательствах продолжительность вмешательства была значимо больше, а частота недостаточности панкреатодигестивных и билиодигестивных анастомозов – значимо меньше. Функциональный статус пациентов в обеих группах не отличался, что позволяло проводить своевременную адъювантную химиотерапию.

Заключение. Выполнение как стандартных, так и расширенных ПДР сопровождается сопоставимой летальностью и частотой осложнений. Это позволяет продолжить изучение эффективности расширенных резекций при раке ПЖ и периапулярных опухолях. Низкий процент недостаточности панкреатоэнтероанастомозов при расширенных операциях мы связываем с использованием прецизионной техники вшивания протока.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Майстренко Н.А., Басос С.Ф., Курыгин Ал.А., Гуревич Л.Е., Хижа В.В.

Военно-медицинская академия, Санкт Петербург, Россия

Нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы (НЭОПЖ) – очень редкие новообразования, встречающиеся с частотой 1–2 случая на 1 000 000 населения в год и составляющие около 1–2% от всех панкреатических неоплазм. Большинство НЭОПЖ, за исключением инсулином, являются облигатно злокачественными и метастазируют в 50–60% случаев.

В клинике факультетской хирургии им. С.П.Федорова ВМедА накоплен опыт обследования и лечения 169 больных нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы. Злокачественный характер новообразований выявлен в 45 наблюдениях (27%). Согласно клинко-морфологической классификации (ВОЗ, 2000) опухоли неопределенной степени злокачественности имелись у 17 пациентов, низкой степени злокачественности с выраженной локальной инвазией и/или метастазами у 18 и высокой степени злокачественности у 10 больных.

Основными морфологическими критериями злокачественного роста считаются отдаленные метастазы; размеры опухоли более 3 см; сосудистая, периневральная или тканевая инвазия; число митозов на 10 РПЗ более 6; индекс пролиферации более 5% (Ki 67 позитивных клеток); мультигормональная активность опухоли; наличие в клетках только атипичных гранул.

Синдромальный диагноз устанавливали на основании клинической картины и результатов исследования гормонального спектра. Топическая диагностика осуществлялась с помощью трансабдоминального, эндоскопического и интраоперационного УЗИ, СКТ, ПЭТ. Основным методом лечения злокачественных НЭОПЖ является хирургический. В послеоперационном периоде, особенно после циторедуктивных вмешательств, проводилась полихимиотерапия в сочетании с сандостатином.

По сравнению с аденокарциномами поджелудочной железы нейроэндокринные опухоли имеют более благоприятное течение. Пятилетняя выживаемость у больных злокачественными инсулиномами после радикальных вмешательств составила 55%, а у пациентов с гастриномами – 79%. После паллиативных вмешательств на фоне современной медикаментозной терапии эти показатели составили 26 и 30%.

Таким образом, прогноз при злокачественных НЭОПЖ определяется видом, дифференцировкой и размерами опухоли, наличием метастазов, радикальностью вмешательства, а также чувствительностью опухоли к проводимой химиотерапии.

РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИЛИ ЛОКАЛЬНАЯ ФОРМА АУТОИММУННОГО ПАНКРЕАТИТА? МОЖНО ЛИ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ ДО ОПЕРАЦИИ?

Егоров В.И., Вишневецкий В.А., Щеголев А.И., Кармазановский Г.Г., Яшина Н.И., Павлов К.А., Пугачева О.Г., Дубова Е.А., Свитина К.А., Мелехина О.В.

ФГУ Институт хирургии им. В.А. Вишневецкого Росмедтехнологий; Москва, Россия

Цель исследования. Оценка возможности предоперационной дифференциальной диагностики рака поджелудочной железы и локальной формы аутоиммунного панкреатита (АИП).

Материалы и методы. Ретроспективно оценены демографические, клинические и радиологические характеристики АИП, результаты операций, а также лабораторных и патогистологических исследований панкреатодуоденальных комплексов 46 пациентов, оперированных с подозрением на рак поджелудочной железы, который не был подтвержден после операции.

Результаты. Во всех описанных случаях установлен диагноз хронического панкреатита. На основании строгих морфологических и радиологических критериев в 8 наблюдениях была диагностирована редкая форма хронического панкреатита – аутоиммунный панкреатит. Анализ дооперационных данных клинической, лабораторной и лучевой диагностики не позволил достоверно исключить рак поджелудочной железы ни в одном из случаев в связи с отсутствием четких диагностических критериев АИП. Во всех наблюдениях у пациентов с АИП на КТ и эндоУЗИ определялись локальные гиподенсные и гипозоногенные образования в поджелудочной железе и никогда не выявлялись признаки диффузного увеличения поджелудочной железы. На операции у пациентов с АИП в трех случаях определялось изолированное образование и в трех случаях – диффузное уплотнение поджелудочной железы. Во всех наблюдениях отмечены значительные технические сложности при отделении от воротной вены и верхних брыжеечных сосудов. Среднее время операции (на 2,5 часа) и объем кровопотери (на 500 мл) при АИП были значимо выше, чем при ПДР по поводу рака поджелудочной железы. Частота осложнений не отличалась от таковой при операциях по поводу рака поджелудочной железы. Исчезновение симптомов отмечено в 100% случаев.

Заключение. Локальные формы аутоиммунного панкреатита представляют серьезную диагностическую и терапевтическую проблему. Выполнение панкреатодуоденальных резекций по поводу заболевания, которое эффективно лечится неоперативными методами, объясняется невозможностью исключить рак поджелудочной железы существующими диагностическими средствами. Необходимы дальнейшие междисциплинарные исследования для выработки четких критериев АИП.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К СПОСОБУ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Касаткин В.Ф., Кит О.И., Снежко А.В., Максимов А.Ю., Фоменко Ю.А.

ФГУ «РНИОИ Росмедтехнологий»; Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования. Анализ дифференцированного подхода при панкреатодуоденальных резекциях.

Материалы и методы. В торакоабдоминальном отделении института было выполнено 412 панкреатодуоденальных резекций (ПДР) по поводу злокачественных опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны. Из этих операций по поводу рака головки поджелудочной железы выполнены 204 (49,5%), большого дуоденального соска – 162 (39,4%), двенадцатиперстной кишки – 12 (2,9%), дистального отдела холедоха 10 (2,4%). Панкреатодуоденальные резекции выполнялись при распространении на поджелудочную железу и/или двенадцатиперстную кишку опухоли желудка или ободочной кишки в 18 (4,4%) и 6 (1,5%) случаях соответственно.

Результаты. Панкреатодигестивный анастомоз сформирован в 98,5% наблюдениях. В 273 случаях это был чрезбрыжеечный панкреатоэнтероанастомоз «конец в петлю», в 28 – панкреатический компрессионно-лигатурный фистулоэнтероанастомоз, в 37 – продольный панкреатоэнтероанастомоз, в 42 – различные варианты панкреатогастроанастомозов. У 12 пациентов использованы оригинальные панкреатикоэнтероанастомозы с эластичной трубчатой вставкой. В качестве такой вставки применялась бужированная пупочная вена, правая маточная труба на сосудистой ножке, тефлоновый сосудистый протез. «Традиционные» панкреатоэнтероанастомозы «конец в бок» и «конец в конец» использованы в 14 случаях. Доказана необходимость дифференцированного подхода к выбору способа

панкреатодигестивного соустья с учётом анатомических особенностей анастомозируемых органов, характеристик локального кровотока в поджелудочной железе, секреторной активности гастроэнтопанкреатического комплекса, интраоперационного морфологического исследования поджелудочной железы.

Выводы. Использование индивидуального подхода к выбору метода формирования панкреатодигестивного соустья на реконструктивном этапе ПДР у пациентов с неизменной паренхимой поджелудочной железы и узким главным панкреатическим протоком позволило статистически значимо в 2,53,5 раза снизить частоту развития острого послеоперационного панкреатита и несостоятельности панкреатодигестивного анастомоза. Послеоперационная летальность за последние 5 лет составляет 5,2%, при выполнении последних 100 ПДР – 4%.

ОНКОГЕНЕЗ И ПРОФИЛАКТИКА РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЭТАПАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО И МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА (ХП)

Корочанская Н.В., Рогаль М.Л., Гришина И.Ю.

ФГУ Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии (РЦФХГ) Росздрава, Краснодар, Россия

Цель исследования. Разработка алгоритма вторичной профилактики и раннего выявления рака поджелудочной железы (РПЖ) на основании изучения взаимосвязи воспалительных и неопластических состояний поджелудочной железы (ПЖ) при различных клинико-морфологических вариантах течения ХП. С 1998 по 2005 годы в РЦФХГ по поводу осложненного ХП выполнено 148 прямых оперативных вмешательств на ПЖ, послеоперационное наблюдение проводилось в сроки от 2 до 10 лет. Помимо общепринятых методов исследования оценивалась морфологическая структура резецированного сегмента ПЖ (состояние протокового эпителия, согласно классификации панкреатиче-СКИХ и интраэпителиальных неоплазий (Pan IN, 1996), выраженность фиброза и степень активности воспаления). Выраженные диспластические изменения протокового эпителия (PI стадия по Pan IN, 1996) выявлены у 230/0 обследованных, атрофические изменения у 18%. За 10 лет проспективного наблюдения и активных реабилитационных мероприятий ХП трансформировался в РПЖ у 1 (0,7%) пациента.

Разработаны и патогенетически обоснованы методы вторичной профилактики рака поджелудочной железы у больных с осложненным ХП, включающие комплексное хирургическое и медикаментозное лечение, морфологическую верификацию предраковых изменений в ПЖ, динамическое диспансерное наблюдение; прогнозирование развития РПЖ у больных с осложненным ХП на основании комплексной морфологической оценки ПЖ.

ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ С СОХРАНЕНИЕМ ПРИВРАТНИКА

Поликарпов С.А.

Онкологический клинический диспансер №1; Москва, Россия

Стандартная панкреатодуоденальная резекция (ПДР) с удалением части желудка и привратника является наиболее распространенной операцией при лечении опухолей панкреатодуоденальной зоны. Это вмешательство зачастую сопровождается значительными нарушениями пищеварения. Сохранение резервуарной функции желудка и порционная эвакуация, регулируемая удаленным привратником, дает определенные функциональные преимущества. В период 2004–2007 гг. нами выполнено 8 ПДР с сохранением желудка и привратника. Показаниями были рак головки поджелудочной железы (2), рак фатерова соска (4) и псевдотуморозный панкреатит (2). При выполнении операции по поводу опухоли мы выполняли регионарную лимфодиссекцию ворот печени и области чревного ствола. После удаления панкреатодуоденального комплекса и желчного пузыря на подведенную петлю тощей кишки последовательно накладывали инвагинационный панкреато-еюноанастомоз конец-в-бок, инвагинационный гепатико и дуодено-еюноанастомозы. В 3 случаях реконструкция выполнена на короткой петле, в 5 – на длинной петле с Брауновским анастомозом. Осложнениями были несостоятельность панкреато-еюноанастомоза (1 случай, излечен консервативно) и желчный перитонит из невыявленного источника (1 случай – выполнена санационная релапаротомия). Летальных исходов не было. Больные наблюдались в сроки от 1 до 3 лет. Двое умерли от прогрессирования рака, остальные вернулись к прежнему образу жизни и обычной диете, их не беспокоят выраженные явления демпинг-синдрома и диарея, им не требуется постоянный прием пищеварительных ферментов. Данный вид реконструкции при ПДР расценивается нами как оптимальный, и к резекции желудка мы прибегаем только при наличии онкологических либо технических показаний.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ КИСТОЗНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Степанова Ю.А., Кармазановский Г.Г., Кубышкин В.А., Кочатков А.В., Щёголев А.И.

Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий; Москва, Россия

Цель исследования. Определить возможности лучевых методов исследования в диагностике, дифференциальной диагностике кистозных образований поджелудочной железы (КОПЖ).

Материалы и методы. 86 пациентам (15–75 лет) с КОПЖ проводили комплексное лучевое исследование (КЛИ): комплексное ультразвуковое исследование (КУЗИ); спиральная компьютерная (СКТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) с болюсным контрастным усилением. Прооперировано 73 пациента, 13 выполнили пункционную биопсию. Образования морфологически и цитологически верифицировали.

Результаты. 81 КОПЖ при подозрении на наличие цистаденомы предоперационно разделили на три группы: 1 потенциально доброкачественные (32). КУЗИ: в образовании в 35,4% лоцировали артерии. СКТ: образование накапливало контрастное вещество (КВ) в артериальную и венозную фазы (38 ед.Н.). МР сигнал повышен на T2 В.И. и STIR, снижен на T1.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Халецкий И.В., Бондарь Г.В., Думанский Ю.В.

Донецкий областной противоопухолевый центр; Донецк, Украина

Цель исследования. Изучить результаты комплексного лечения больных нерезектабельным раком поджелудочной железы (РПЖ), осложненного механической желтухой, с учетом использования разработанного способа холедоходуоденоанастомоза.

Материалы методы исследования. За десятилетний период в центре было прооперировано 472 больных с нерезектабельным РПЖ, мужчин – 308, женщин – 164. Возраст колебался от 19 до 89 лет. Опухоль локализовалась: головка – 286 случаев, головка и тело – 93 случая, в 66 случаях – головка, тело и хвост. У 20 пациентов имел место рак фатерова соска, в 7 случаях имела место опухоль дистального отдела холедоха. Верификация диагноза была получена в 123 наблюдениях. Во всех случаях отмечена аденокарцинома различной степени дифференцировки. Распространенность опухолевого процесса соответствовала T34N01M0 у 185 больных, T34N01M1 – у 287 пациентов. Холедоходуоденостомия (ХДА) была выполнена у 257 пациентов, холецистэнтеростомия – у 104 больных, холедохоэнтеростомия – в 3 случаях, наружное дренирование – в 35 наблюдениях. В 29 случаях операция закончилась пробной лапаротомией. В дальнейшем больным проводили химиолучевую терапию. В качестве противоопухолевого агента использовали 5фторурацил. Препараты вводили внутривенно и эндолимфатически. телегамматерапию проводили РОД 2,5–3,0 Гр СОД 3050 Гр. В 229 случаях из 257 ХДА был выполнен по разработанной, оригинальной методике защищенной патентами РФ и Украины. Суть методики – формирование ХДА бок в бок на эластической трубке.

Результаты. Средняя длительность выполнения ХДА по разработанной методике, средний койко-день, частота послеоперационных осложнений, послеоперационная летальность, была достоверно меньше, чем в случаях формирования холедоходуоденоанастомоза общеизвестными способами. Отдаленные результаты были изучены нами у 169 из 472 больных. Средняя продолжительность жизни больных пролеченных по разработанному в клинике способу 16,6 мес, в контрольной 13,7 мес ($p>0,05$).

Выводы. Таким образом, применение разработанного способа холедоходуоденоанастомоза улучшает непосредственные, но не влияет на отдаленные результаты лечения больных нерезектабельным раком поджелудочной железы.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Бурмистров М.В, Сигал Е.И, Иванов А.И., Бродер И.А., Морошек А.А.

Клинический онкологический диспансер; Казань, Татарстан

Цель исследования. Анализ результатов малоинвазивных вмешательств у больных облигатным предраком пищевода (пищевод Барретта).

Материалы и методы. С 1996 года по 2007 год в отделении хирургии пищевода КОД МЗ РТ проходило лечение 53 пациента с пищеводом Барретта (ПБ). Возраст пациентов составил от 16 до 78 лет. Во всех случаях диагноз ПБ установлен на основании эндоскопической двойной хромокопии (2,5% водный раствор Люголя + 0,25% спиртовой раствор метиленовой сини) с последующим гистологическим и иммуногистохимическим (с цитокератинами 7 и 20) исследованием биоптатов слизистой оболочки нижней трети пищевода, в которых обнаружился метаплазированный по кишечному типу эпителий. У 35 пациентов (66%) имелся короткий сегмент ПБ. Длинный сегмент был выявлен у 13 (24,6%), а ультракороткий (<1 см) у 5 (9,4%) больных. Максимальная выявленная протяженность сегмента ПБ составляла 13 см, а минимальная – 0,5 см. При гистологическом исследовании у 45 (85%) больных диспластических изменений на фоне метаплазии Барретта выявлено не было, из оставшихся 8 (15%) пациентов у 6 (11,3%) была обнаружена дисплазия легкой степени, а у 2 (3,7%) – дисплазия тяжелой степени. Сочетание ПБ с другими осложнениями ГЭРБ имелось у 19 (35,8%) пациентов. Наиболее часто отмечалось сочетание ПБ с пептической язвой пищевода, диагностированной у 14 (26,4%) больных, и пептической стриктурой пищевода, которая была верифицирована у 9 (17%) пациентов. В 1 (1,9%) случае наблюдалось пищеводное кровотечение.

Результаты. 25 (47,2%) больным была выполнена лапароскопическая фундопликация по НиссенуРозетти. 20 (37,7%) – лапароскопическая фундопликация по НиссенуРозетти в сочетании с последующей аргоноплазменной коагуляцией метаплазированного эпителия нижней трети пищевода. 6 (11,3%) больным на фоне длительной антирефлюксной консервативной терапии была выполнена аргоноплазменная коагуляция метаплазированного эпителия нижней трети пищевода. Оставшимся 2 (3,8%) больным была выполнена экстирпация пищевода с одномоментной пластикой по поводу небужуриемых пептических стриктур пищевода. Эндоскопический контроль осуществлялся через 3, 6, 9, 12 месяцев и далее 1 раз в год. Для оценки и сравнения результатов применения антирефлюксной хирургии и комплексного алгоритма в лечении ПБ мы разделили все полученные исходы лечения на 3 группы: выздоровевшие (в течение срока наблюдения не отмечалось гистологических признаков рецидива ПБ и эндоскопических признаков рецидива ГПОД и ГЭР), рецидив ГПОД (в течение срока наблюдения выявлены эндоскопические признаки рецидива ГПОД и ГЭР в том числе в сочетании с гистологическими признаками рецидива ПБ вплоть до развития АКП) и рецидив ПБ (в течение срока наблюдения не выявлено эндоскопических признаков рецидива ГПОД и ГЭР, но выявлены гистологические признаки рецидива ПБ вплоть до развития АКП). Из 25 больных, получивших только лапароскопическую фундопликацию по НиссенуРозетти, рецидив ПБ в течение срока наблюдения был выявлен у 7 (28%), в то время как в группе, где применялось сочетание лапароскопической фундопликация по НиссенуРозетти с последующей аргоноплазменной коагуляцией метаплазированного эпителия нижней трети пищевода, ни у одного больного рецидива ПБ в течение срока наблюдения обнаружено не было. При этом в обеих группах отмечалась практически одинаковая частота рецидивов ГПОД 16% и 15% для группы хирургического и комплексного лечения соответственно, рецидив ГПОД и ГЭР в обеих группах лечения в 100% случаев сопровождался гистологическими признаками рецидива метаплазии Барретта. Лечение было эффективным у 17 (85%) больных из группы комплексного лечения и у 14 (56%) больных получивших только антирефлюксную операцию. У 3 (12%) больных из группы хирургического лечения развилась АКП, у 1 (4%) больного на фоне рецидива ГПОД и у 2 (8%) больных на фоне рецидива ПБ. Развитие АКП наблюдалось как на фоне возобновления ГЭР, так и в его отсутствии. В группе комплексного лечения не было отмечено ни одного случая развития АКП. 3 больным с развившейся в течение срока наблюдения аденокарциномой Барретта была выполнена трансхиаральная экстирпация пищевода с одномоментной пластикой стеблем из большой кривизны желудка. 1 больной умер от

прогрессирования заболевания через 4 месяца, 2 живы по настоящее время, хотя сроки наблюдения не превышают 2 лет. Из 6 больных, которым была выполнена только аргонплазменная коагуляция метаплазированного эпителия нижней трети пищевода у 5 (83,3%) в течение срока наблюдения (от 2 до 4 лет) были обнаружены гистологические признаки рецидива ПБ.

Заключение:

1. Все больным ПБ показано хирургическое лечение, при отсутствии противопоказаний к операции.
2. Лапароскопические антирефлюксные операции являются адекватным пособием в лечении ПБ, как осложнения ГЭР.
3. При наличии ПБ, независимо от типа метаплазии, показана эндоскопическая аргонплазменная коагуляция измененной слизистой оболочки пищевода в послеоперационном периоде.
4. При сочетании ПБ с аденокарциномой нижней трети пищевода показана трансхиатальная экстирпация пищевода с одномоментной пластикой стеблем желудка.
5. Все пациенты с ПБ должны находиться на пожизненном диспансерном учете, как потенциальные онкологические больные.

ИССЛЕДОВАНИЕ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ РАННЕМ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Вашакмадзе Л.А., Бутенко А.В., Белоус Т.А., Хомяков В.М., Колобаев И.В.

ФГУ «МНИОИ им. П.А Герцена Росмедтехнологий»; Москва, Россия

Цель исследования. Высокая 5летняя выживаемость больных ранним раком желудка (РРЖ) (95-100%) оправдывает стремление онкологов к аргументированному сокращению объема операции без ущерба радикальности. Определение сторожевых лимфатических узлов (СЛУ) при раннем раке желудка позволяет сократить объем лимфаденэктомии с минимальным риском гиподиагностики субклинических лимфогенных метастазов.

Материалы и методы. С 2005 года в торакоабдоминальном отделении МНИОИ исследование СЛУ проведено 14 пациентам с предоперационным диагнозом РРЖ. При плановом морфологическом исследовании диагноз РРЖ подтвержден только у 9 больных. У 5 больных обнаружена инвазия в мышечный слой (T2). Исследование проводилось визуально-контрастным методом с помощью лимфотропного красителя Patent Blue Violet. Выявленные СЛУ классифицировали согласно рекомендациям Japanese Gastric Cancer Association (1998).

Результаты. СЛУ были выявлены как в группе N1 так и в группе N2 (3 случая), т.е. было отмечено прямое поступление красителя в лимфатические узлы (ЛУ) второго этапа метастазирования, минуя первый. Наиболее часто СЛУ выявлялись в следующих группах ЛУ: №3 – 5 наблюдений, №4 – 4, №7 – 4. У 3х больных одновременно отмечалось прокрашивание ЛУ из нескольких групп, что связано с большими размерами первичной опухоли (более 3 см), имеющей несколько путей лимфооттока. Интраоперационно СЛУ не были идентифицированы у 3х пациентов по различным причинам (висцеральное ожирение, спаечный процесс и т.п.), т.е. срочное морфологическое исследование было выполнено у 11 больных. Регионарные метастазы выявлены в 6 наблюдениях. В 3 из них отмечено изолированное поражение только СЛУ, в 2х – поражение как СЛУ, так и других регионарных ЛУ. У одного больного зафиксирован ложноотрицательный результат. Данные срочных и плановых морфологических исследований СЛУ полностью совпали.

Выводы. Исследование СЛУ при раке желудка позволяет повысить точность интраоперационной оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СПЛЕНОСОХРАННОЙ D2 ЛИМФОДИССЕКЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ТЕЛА И ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

Стилиди И.С., Неред С.Н., Рябов А.Б., Свиридов А.А.

ГУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН; Москва, Россия

В РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН применяется методика лимфодиссекции D2 при раке тела и проксимального отдела желудка, основной целью которой является полное удаление 10 группы лимфатических узлов с сохранением селезенки.

Цель исследования. Оценка непосредственных результатов спленосохранной D2 лимфодиссекции при раке желудка.

Материалы и методы. Произведено 70 радикальных спленосохранных операций, 12 из которых выполнены комбинированным торакоабдоминальным доступом. Проксимальная резекция желудка произведена у 12 больных, у 58 – гастрэктомия, в том числе у 9 больных с формированием тонкокишечного резервуара. Средний возраст больных составил 56 лет. Мужчин – 43, женщин – 27. У 16 больных выявлена 1А стадия рака желудка, 1Б стадия – 12, 2 стадия – 14, 3А стадия – 12, 3Б стадия – 7, 4 стадия – 9. Опухоль локализовалась в теле желудка – 37 случаев, поражение проксимального отдела отмечено у 20 больных, в 12 случаях опухоль поражала несколько отделов желудка, тотальное поражение выявлено в одном случае. Наиболее частая гистологическая форма – аденокарцинома (различной степени дифференцировки) – 46, перстневидноклеточный рак – 20, недифференцированный рак – 4.

Результаты. Среднее количество лимфатических узлов, удаленных в процессе спленосохранной операции – 24,8, у больных при операциях со спленэктомией – 23,7. Среднее количество удаленных лимфатических узлов в 10 группе при спленосохранных операциях – 3,5, при спленэктомии – 3,4. Метастазы в 10 группу лимфатических узлов после спленосохранных операций выявлены у 6ти больных, во всех случаях отмечено вовлечение в процесс задней стенки желудка. Глубина инвазии опухоли T2 и более. Послеоперационные осложнения наблюдались у 20% больных, что аналогично при операциях со спленэктомией. Послеоперационная летальность – 0%. Средняя продолжительность операции при D2 лимфодиссекции со спленэктомией – 256 минут, с сохранением селезенки – 285 мин.

Заключение. Сплениосохранная D2 лимфодиссекция не уступает радикальности типичной D2 лимфодиссекции со спленэктомией по количеству удаленных лимфатических узлов и не приводит к существенному увеличению продолжительности операции.

ПЕРСТНЕВИДНО-КЛЕТОЧНЫЙ РАК ЖЕЛУДКА: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ, РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Скоропад В.Ю., Бердов Б.А., Локтионова О.В., Титова Л.Н.

Медицинский Радиологический Научный Центр РАМН; Обнинск, Россия

Цель исследования. Перстневидно-клеточный рак желудка (ПКР) относится к группе опухолей с неблагоприятным прогнозом; он характеризуется высокой частотой метастазирования, в первую очередь – имплантационного.

Материалы и методы. В связи с этим результаты его хирургического лечения крайне неудовлетворительные. МРНЦ РАМН располагает опытом лечения 278 больных ПКР, из которых 166 больным была проведена интенсивная предоперационная лучевая терапия в СОД 2027 Гр, а 112 – хирургическое лечение. Пропорция ПКР среди радикально оперированных больных непрерывно возрастала и составила в 1974–1985 годах 9%, а в 1996–2004 годах – 22%. Этот морфологический вариант рака желудка встречался чаще у женщин и лиц молодого возраста. Преобладали больные инфильтративными с опухолями, весьма часто имело место тотальное и циркулярное поражение желудка. Однако, при ПКР было и весьма значительное количество больных ранним (pT1) раком желудка (22%). 5 и 10-летняя выживаемость после комбинированного лечения ПКР составила 54 и 45%, а хирургического – 35 и 26% (p=0,005).

Результаты. Для объективизации роли предоперационной лучевой терапии мы объединили в одну группу больных ПКР и другие низко- и недифференцированные формы и исключили случаи раннего рака (pT1) и 4 стадии; в этом случае 5-летняя выживаемость была также статистически достоверно выше после комбинированного лечения (46 и 24%, p=0,002). В структуре рецидивов преобладал канцероматоз брюшины (78–84%), причем он весьма часто развивался и при отсутствии прорастания серозной оболочки (pT2). Локальный рецидив встречался исключительно часто и в абсолютном большинстве случаев – после субтотальной резекции желудка. Гематогенные метастазы у больных ПКР развивались существенно реже (1/3 в структуре рецидивов), чем при других морфологических вариантах рака желудка. Таким образом, комбинированное лечение ПКР с предоперационной лучевой терапией имеет статистически значимое преимущество перед хирургическим. Методом выбора объема оперативного вмешательства у больных ПКР, независимо от размеров и локализации опухоли, является гастрэктомия.

Выводы. В случае раннего рака желудка перстневидноклеточного строения, дистальная субтотальная резекция желудка является адекватным оперативным вмешательством. Основным путем прогрессирования ПКР является канцероматоз брюшины, что требует применения химиотерапии и/или таргетных препаратов.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

*Шостка К.Г., Роман Л.Д., Богородский Д.Ю., Костюк И.П., Карачун А.М., Павленко А.Н., Федченко А.В.
Ленинградский областной онкологический диспансер; Санкт-Петербург, Россия*

Цель исследования. Проблема хирургического лечения колоректального рака находится в центре внимания хирургов-онкологов прежде всего из-за возрастания частоты этого заболевания в развитых странах и в частности в России. Этот факт неизбежно влечет за собой возрастание удельного веса местнораспространенных форм рака, который по данным разных авторов может достигать 35% в структуре заболевания. Очевидно, что основным компонентом комплексного лечения данной категории больных является хирургическое вмешательство с соблюдением принципов онкологического радикализма – зональности и футлярности. Приблизительно 10% больных с местнораспространенным колоректальным раком имеют признаки прорастания опухоли соседних органов. Единственным возможным способом радикального вмешательства в данном случае следует считать выполнение мультивисцеральных резекций.

Результаты. В диспансере в период с 2005 по 2007 год выполнено 348 радикальных операций при местнораспространенных формах рака, что составило 42% от всех пациентов с колоректальным раком. В 52 (14,9%) случаях выполнялись комбинированные вмешательства в связи с вовлечением в опухолевый инфильтрат соседних органов и структур брюшной полости. Наиболее часто вовлекаемыми органами были: матка с придатками – 23%, влагалище – 19%, тонкая кишка – 34%, мочевого пузыря – 8%, брюшная стенка – 11%, мочеточник – 7,6%. В единичных случаях опухоль прорастала диафрагму, желудок, селезенку и почку. В 4 случаях (7,6%) в связи с распространенностью опухоли в малом тазу выполнены надлепаторные эвисцерации органов малого таза. У 18 пациентов (34%) выполнялась резекция двух и более соседних органов и структур. Послеоперационные осложнения возникли в 13% случаев, послеоперационная летальность составила 3,8% (умерли 2 пациента). При сравнении данных показателей с аналогичными в группе пациентов, которым выполнялись не комбинированные вмешательства достоверных различий не получено – 12,5% и 3,2% соответственно.

Выводы. Таким образом, выполнение комбинированных операций у пациентов с местнораспространенным колоректальным раком не ухудшает непосредственные результаты лечения. Считаем, что ключевым моментом при выполнении комбинированных вмешательств является четко отработанная методология операции, достаточный опыт вмешательств и техническое оснащение клиники, что и позволяет достигнуть удовлетворительных результатов.

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ И РЕЦИДИВНЫХ НЕОРГАНИЧЕСКИХ ОПУХОЛЯХ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

*Вашакмадзе Л.А., Бутенко А.В., Сидоров Д.В., Черемисов В.В.
МНИОИ им. П.А.Герцена; Москва, Россия*

Основными лечебно-тактическими ошибками, приводящими к пробным операциям при НЗО являются: неправильная или неполная интерпретация данных обследования; ошибочная трактовка интраоперационных данных при подозрении на связь опухоли с магистральными сосудами и соседними органами; отсутствие практического опыта у врачей общей лечебной сети.

Цель исследования. Улучшение отдаленных результатов лечения первичных и рецидивных НЗО.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 304 больных с НЗО. В гистологической структуре преобладали опухоли мезодермального происхождения (70,4%). Опухоли нейроэктодермального происхождения встречались в 15,6%. В 14% – новообразования, развивающиеся из эмбриональных остатков, недифференцированные саркомы, смешанные опухоли, а так же фиброма-десмоиды, объединенные в группу «другие опухоли». Хирургические операции по поводу НЗО выполнены 189 пациентам. Всего выполнено 248 операций. 74 пациентам выполнено 130 повторных операций.

Результаты. Общая операбельность составляла 62,1%, резектабельность – 61,6%, общая послеоперационная летальность – 9,5%. С 2000 по 2005 г показатели операбельности и резектабельности значительно возросли и составили 80% и 92% соответственно, при общей послеоперационной летальности 1%. Повторные хирургические вмешательства выполнялись по поводу рецидивов заболевания после хирургического лечения в МНИОИ и др. учреждениях, после эксплоративных и нерадикальных оперативных вмешательств в других лечебных учреждениях.

Из 130 повторных операций, 20 – выполнено по поводу первичной опухоли после пробной операции в другом учреждении (более половины пациентов оперированы в общехирургических стационарах). 110 вмешательств выполнено по поводу рецидивов (44,3%). В радикальном объеме выполнено 74,6% операций, паллиативных – 20%, эксплоративных – 9%. В 65% опухоль удалена радикально после неудачной попытки хирургического вмешательства в других учреждениях. Комбинированные операции составили 52,8% (131 операция).

Заключение. Значительная местная распространенность опухолевого процесса (вовлечение органов и магистральных сосудов) не является абсолютным признаком нерезектабельности, а является показанием к выполнению расширенной комбинированной операции с ангиопластикой; при рецидивах НЗО в большинстве случаев показана активная хирургическая тактика; лечение больных с НЗО должно всегда осуществляться в квалифицированных специализированных онкологических учреждениях с адекватной материально-технической оснащенностью; данная идеология может дать шанс на излечение или продление жизни пациента с НЗО.

КОМБИНИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОРГАННЫХ ЗАБРЮШИНЫХ ОПУХОЛЕЙ

*Иванова Ю.Г., Румянцева И.К., Блохин В.Н., Феллер В.С., Трофимов Л.А., Бабаян К.В., Дорохов С.В.
Областной клинический онкологический диспансер; Тверь, Россия*

Цель исследования. Длительный бессимптомный рост неорганных забрюшинных опухолей (НЗО) является причиной возникновения сложных анатомических нарушений в окружающих тканях и вовлечения их в опухолевый конгломерат. Этим нередко вызвана необходимость проведения комбинированных, обширных, подчас калечащих операций.

Материалы и методы. Нами проанализирован собственный опыт радикального лечения 101 пациента с НЗО различного гистологического строения. Клиническая ситуация в 38 (37,62%) случаях потребовала выполнения комбинированного оперативного вмешательства. У 5 (13,16%) пациентов НЗО локализовались в полости таза, у 33 (86,84%) в собственном забрюшинном пространстве. В 28 (73,68%) случаях был установлен мезодермальный гистогенез опухоли, в 8 (21,06%) – нейrogenный, в 2 (5,26%) – неклассифицируемая саркома. Злокачественная структура опухоли верифицирована в 29 (76,32%) наблюдениях.

Результаты. Поводом для комбинированной операции в 27 случаях была истинная или предполагаемая инфильтрация окружающих органов, а также компрессия их и кровоснабжающих их сосудов, не позволявшие удалить НЗО без нарушения целостности органа или его васкуляризации. Морфологически инфильтрация окружающих удаленных органов была подтверждена у 14 (48,28%) пациентов со злокачественными НЗО. В 27 случаях с опухолью удалялся 1 орган или производилась его резекция: нефрэктомия – в 13 случаях, резекция сегмента тонкой кишки – в 6, правосторонняя гемиколэктомия – в 3, экстирпация матки с придатками – в 3, спленэктомия – в 1, тубовариоэктомия – в 1 случае. В 11 наблюдениях удаление опухоли сопровождалось удалением или резекцией от двух до четырех органов: почка, различные отделы кишечника, хвост поджелудочной железы с селезенкой, матка с придатками, мочевой пузырь, предстательная железа. Двум пациентам выполнена резекция мочеточника с наложением первичного анастомоза, еще двум произведена резекция стенки нижней полой вены. Интраоперационные осложнения возникли у 11 больных: кровотечение в 5 случаях, травма полого органа – в 4, травма паренхиматозного органа – 2 случаях. Различные послеоперационные осложнения развились у 7 (18,42%) больных: перитонит – у 2 (умер 1), тромбоэмболия легочной артерии – у 1 (пациентка умерла), ДВС-синдром – у 1 (с летальным исходом), толстокишечный свищ – у 1 (закрылся самостоятельно), у 2 пациентов имело место нагноение послеоперационной раны. После комбинированных операций умерло 3 больных, послеоперационная летальность составила 7,89%.

Выводы. Комбинированные хирургические вмешательства при неорганных опухолях забрюшинного пространства относятся к категории наиболее сложных и требуют высокой квалификации хирурга и хорошего материально-технического обеспечения. Мы считаем неверным экстраполировать тактику, часто избираемую при местнораспространенном интраабдоминальном опухолевом процессе – отказ от выполнения радикальной операции, на тактику лечения НЗО. В связи с редким возникновением лимфогенного и гематогенного метастазирования при большинстве неорганных забрюшинных новообразований во всех возможных случаях следует прибегать к комбинированным оперативным вмешательствам. Попытки отделить от опухоли интимно связанный с ней орган приводят, как правило, к рецидивам заболевания, а отказ от выполнения комбинированной операции – к гибели пациента.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНТЕРОПЛАСТИКИ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ РАСШИРЕННОЙ ГАСТРЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА

Барышев А.Г., Грицаев Е.И., Левичкин В.Д., Крыжановский А.А.

ГУЗ Краснодарский клинический онкологический диспансер, Кубанский государственный медицинский университет, кафедра онкологии с курсом торакальной хирургии; Краснодар, Россия

Цель исследования. Улучшение функциональных результатов лечения после расширенной гастрэктомии.

С 2002 г. по 2004 г. в онкохирургическом гастроэнтерологическом отделении Краевого клинического онкологического диспансера расширенная гастрэктомия была выполнена 281 пациенту. У 36 больных произведена энтеропластика желудка по Балоку и в нашей модификации, петлевой пищеводно-кишечный анастомоз – 200 (82,2%), по Ру – 45 (17,8%).

Модификация операции Балока заключалась в создании U образного тонкокишечного резервуара. После стандартной гастрэктомии наблюдались 135 больных, пациентов с энтеропластикой было – 32, все пациенты отмечают хорошее качество жизни, – отсутствуют постгастрэктомические расстройства, объем однократно принимаемой пищи составляет 450-600 мл., 24 (75,0%) пациентов не придерживаются строгой диеты, приём пищи делят на 4-5 раз, дефицита массы тела не обнаружено, периодический жидкий стул в 1 й год после операции был у 12 (37,5%). Проводилось исследование углеводного обмена (проба Штраубе Траугота), изучалось содержание мышечных волокон, нейтрального жира и внеклеточного крахмала в кале.

Установлено, что при предлагаемом способе замещения желудка (по сравнению с контрольной группой) был выше уровень компенсации и резервные возможности пищеварительной системы 90,6% (62,2%), внеклеточный крахмал обнаружен у 6% (15,5%), нейтральный жир – 6% (17,0%). Ранние послеоперационные осложнения встретились у 0% (2,3%) больных. При эндоскопическом исследовании установлен эзофагит лёгкой степени – 6% (11,8%), средней степени – 0% (5,9%).

Выводы:

1. Предлагаемый способ энтеропластики желудка показал надёжность в послеоперационном периоде – не было несостоятельности швов анастомозов и других ранних осложнений.
2. У пациентов с энтеропластикой желудка после гастрэктомии отмечается удовлетворительное качество жизни и отсутствие постгастрэктомических расстройств.
3. Субъективные ощущения пациентов и исследования по изучению возможностей пищеварительной системы к пищевой адаптации показывают преимущества предлагаемой методики создания искусственного желудка из тонкой кишки и редуоденизации по сравнению со стандартным формированием пищеодно-тонкокишечного анастомоза.

КЛИНИКО МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ РАКА ЖЕЛУДКА

Вашакмадзе Л.А., Чайка А.В.

Московский научно исследовательский онкологический институт им.П.А.Герцена; Москва, Россия

Проанализированы клинико-морфологические факторы рецидива рака у 984 больных I III стадий рака желудка после хирургического и комбинированного лечения (1982-2004г). Рецидив заболевания развился у 474 из 984 (48,2±3,2%) больных; из них местные рецидивы (МР) у 168 (35,4±4,4%): 69 из них (14,6±3,2%) изолированные МР, 99 (21,0±3,7%) МР с отдаленными метастазами (ОМ). ОМ без МР зарегистрированы у 306 больных (64,7±9,6%). 5-летняя безрецидивная кумулятивная выживаемость у больных с МР 8,0%, с ОМ – 11,5%, при безрецидивном течении – 92,0% (Kaplan Meier), $p < 0,05$. 2/3 рецидивов отмечены в первые 3 года после операции, но рецидив заболевания возможен и через 5 и более лет.

Частота МР возрастает с увеличением глубины инвазии (T1 – 6,4±1,9%, T2 – 14,1±2,2%, T3 – 22,4±1,8%) и наличии регионарных метастазов (N(-) – 11,1±1,3%, N(+) – 24,9±2,1%), а соответственно, при увеличении стадии процесса. При вовлечении пищевода частота рецидива выше (14,1±1,4%), чем при интактном пищеводе (22,6±2,3%). Повышают частоту рецидивов низкодифференцированные и сложные формы рака, а также раковые эмболы в микроциркуляторном русле (эмболы (-) – 16,0±1,3%, эмболы (+) – 21,3±2,9%).

При выполнении расширенных (с лимфаденэктомией D2 D3) операций МР 8,2±1,8%, стандартных с лимфаденэктомией D1 19,6±1,4%. Частота МР после проксимальной субтотальной резекции желудка (ПСРЖ) (25,2±3,0%); после гастрэктомии 16,4±1,9%; после дистальной субтотальной резекции желудка (ДСРЖ) 13,2±1,7%. Почти у 1/2 больных после ПСРЖ отмечены рецидивы в анастомозе; после ДСРЖ рецидив в анастомозе у 1/3 больных, основная локализация рецидивированный желудок (38%). После гастрэктомии экзогастральные рецидивы развивались в 2 раза чаще, чем в анастомозе.

Выводы. Статистически достоверными факторами риска развития рецидива являются глубина инвазии опухоли T3 4, метастазы в регионарные лимфоузлы, раковые эмболы в микроциркуляторном русле окружающих опухоль тканей, распространение опухоли на пищевод, а также низкодифференцированные и сложные формы рака. Достоверно снижает частоту рецидива выполнение расширенной лимфаденэктомии. Несколько выше частота рецидивов рака желудка после ПСРЖ побуждает более строго соблюдать показания к выполнению такого объема операции.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ РАСШИРЕННЫХ ЛИМФОДИСЕКЦИЙ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Виниченко А.В., Каушанский В.Б., Мурашко Р.А., Яргунин С.А.

ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер» департамента здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия

Цель исследования. Исследование метастазирования рака желудка подтверждают необходимость применения принципиальной расширенной лимфодиссекции.

Материалы и методы. Материалом для настоящего исследования послужили данные о 49 больных раком желудка, которым были выполнены радикальные операции. Радикальные операции с расширенной лимфодиссекцией 24 пациента (I группа), 25 больных (II группа), составивших группу сравнения, перенесли «простые» радикальные операции.

Результаты. В обеих группах изучалось течение раннего послеоперационного периода. Оценивалось количество отделяемого по дренажам. Суммарное количество отделяемого по дренажам в I группе колебалось от 50 до 1000 мл за время стояния дренажей и, в среднем, составило 284±225 мл. Только у 2 больных за все время стояния дренажей выделилось более 500 мл серозно-геморрагического отделяемого. Не наблюдалось ни одного случая тяжелой лимфорреи. Объем отделяемого по дренажам после операций с расширенной лимфодиссекцией практически не отличался от аналогичного показателя при «простых» операциях. Изолированные гнойно-септические осложнения возникли у 3 больных I группы (12,5%) и у 4 – II группы (15,9%), все пациенты выздоровели. После операций с расширенной лимфодиссекцией отмечается более высокая частота развития острого послеоперационного панкреатита. В обследованной группе больных данное осложнение отмечено у 3 пациентов, причем в одном случае после гастрэктомии развился тяжелый панкреонекроз, закончившийся выздоровлением. В связи с этим целесообразна интра- и послеоперационная профилактика панкреатита при расширенной лимфодиссекции аналогами соматостатина, 5-фторурацилом и ингибиторами протеаз.

Выводы. Выполнение расширенной лимфодиссекции не увеличивает количества послеоперационных осложнений. Техника лимфодиссекции с тщательной перевязкой пересекаемых мелких кровеносных и лимфатических сосудов надежно предотвращает лимфорею и развитие гнойно-септических осложнений.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛИМФОДИСЕКЦИЙ В ХИРУРГИИ РАКА ЖЕЛУДКА

Виниченко А.В., Каушанский В.Б., Мурашко Р.А., Яргунин С.А.

ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер» департамента здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия

Цель исследования. Одним из направлений в решении проблемы хирургического лечения рака желудка, является применение расширенных лимфодиссекций. Течение послеоперационного периода после расширенных лимфодиссекций

обусловлено поздним восстановлением функции кишечника, длительной лимфорреей, возникновением панкреатитов, гнойносептических осложнений.

Материалы и методы. Проанализированы результаты течения послеоперационного периода 34 больных раком желудка. Риск оценивался как низкий, умеренный, значительный.

Результаты. Группа больных с низким риском составила 5 человек. Этим больным проводилась следующая схема лечения: трихопол + метрогил до операции и в послеоперационном периоде в течение 7 дней. Группа больных с умеренным риском составила 19 человек. Им проводилась терапия по двум следующим схемам: 1) ампициллин + гентамицин до операции и в послеоперационном периоде; 2) клафоран до операции и после операции в течение 7 дней. Группа со значительным риском составила 10 человек. В данной группе проводилось лечение по следующим схемам: 1) фортум до операции и после операции в течение 7 дней; 2) тиенам до операции, в конце операции и в течение 7 дней. Применение 2й схемы лечения во всех группах риска является оправданным. Клинически это проявляется ранним восстановлением перистальтики и лейкоформулы. Инфузионная программа панкреатита включает глюкозосолевые растворы и плазмозаменители в соотношении 1:2. Растворы должны содержать высокие концентрации калия (8-12 г/сутки). Для устранения энзимной токсемии применяются блокаторы панкреатического биосинтеза (даларгин, сандостатин). Перидуральная анестезия у больных с парезом кишечника на фоне коррекции гиповолемии позволяет справиться с данным осложнением.

Выводы. Использование индивидуального подхода к больному, перенесшему расширенную лимфодиссекцию (соматическое состояние, степень радикальности, сопутствующая патология, возраст), позволяет добиться лучших результатов в лечении данной категории больных.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Воздвиженский М.О.

Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина; Самара, Россия

Цель исследования. Оценка эффективности применения собственной методики первичной еюногастропластики для коррекции постгастрэктомических нарушений. Разработанный способ еюногастропластики (патент RU 2189789 C2) позволяет создать тонкокишечный трансплантат с серозно-мышечным клапаном в его дистальном отделе.

Материал и методы. С 1997 года оперированы 120 пациентов, которым была выполнена гастрэктомия с первичной еюнопластикой по разработанной методике. 42 (35%) пациента обследованы в сроки 5 лет и больше. Изучены функциональные свойства созданного тонкокишечного трансплантата и мышечно-серозного клапана, состояние слизистой пищевода и двенадцатиперстной кишки, перевариваемость основных ингредиентов пищи, внутрисекреторную функцию поджелудочной железы, динамика изменения веса.

Результаты. Через 5 лет рефлюкс дуоденального содержимого за клапан в трансплантат был у 3 (7,1%) пациентов. Полное опорожнение трансплантата (контрастированный пищевой комок) наступало к 82,4±5,2 минутам, соответствуя физиологической норме. Эндоскопически выявлено хорошее функционирование инвагинационного клапана в трансплантате у 31 (73,8%) пациента. Клапан в виде розетки, при инсuffляции воздуха расправлялся до 1,5-2,0 см. Страторрея наблюдалась у 5 (11,9%) . Зерна крахмала и непереваренные поперечно исчерченные мышечные волокна в сухом остатке кала были найдены у 2 (4,7%) и 6 (14,3%) пациентов, соответственно. Выявлены высокие резервные возможности внутренней функции поджелудочной железы у 34 (80,9%) пациентов сахарные кривые построены по нормальному типу. 16 (38,1%) пациентов восстановили свой дооперационный вес, а 7 (16,6%) прибавили от 1 до 4 килограммов. Дефицит веса к дооперационному остальных 19 (45,2%) обследованных составил от 0,8 до 4,2 кг.

Заключение. Разработанный способ еюногастропластики создает функционально активный органокомплекс, состоящий из пищевода, тонкокишечного трансплантата, инвагинационного клапана и ДПК, сохраняющий свои структуру и функцию и в отдаленные сроки после операции. Инвагинационный клапан препятствует рефлюксу дуоденального содержимого, обеспечивает накопление пищи в трансплантате и ее ритмичную эвакуацию. Способ сохраняет физиологический пассаж пищи по ДПК, способствуя удовлетворительной работе энзимной системы.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

Гасанов Г.Д., Терещенко А.Г., Лабазанов М.М., Гасанов Н.Г.

Дагестанский онкологический диспансер, Махачкала; Дагестан, Россия

Цель исследования. Обобщение опыта оперативного лечения рака желудка в хирургическом отделении республиканского онкологического диспансера.

Материал и методы. Проанализированы истории болезни за 2000-2007 гг. Всего за этот период в диспансере первично зарегистрированы 2516 больных раком желудка, из которых только 540 (21,5%) поступили на лечение в хирургическое отделение диспансера. Абсолютное большинство больных лечились в непрофильных хирургических отделениях г.Махачкалы. Средний возраст пациентов 64±6,2 лет. Мужчин было 376 (69,6%) и женщин - 164 (30,4%). Городские жители - 189 (25%), сельские - 351 (75%). Всем больным проводились эндоскопические, рентгенологические, эхографические и морфологические исследования. Компьютерная томография органов брюшной полости осуществлена в 48 случаях.

Результаты. Из 540 больных у 239 (44,2%) выполнены радикальные операции. Проведены следующие виды радикальных операций: гастрэктомия у 51 (21,4%) больного, проксимальная субтотальная резекция у 23 (9,6%) и дистальная субтотальная резекция - у 165 (69%). При проведении операции мы неприкосновенно соблюдали все онкологические требования. Гастрэктомия выполнялась при инфильтративных и больших экзофитных опухолях при отсутствии перехода на пищевод чрезбрюшинным доступом, а при наличии распространения рака на пищевод из торакоабдоминального доступа по VII межреберью слева. Субтотальная проксимальная резекция осуществлялась чрезбрюшинным доступом - при небольших экзофитных опухолях субкардинального и кардинального отдела желудка. Всем больным субтотальная дистальная резекция выполнялась по методике Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера. Операция по типу Бильрот I не выполнялась по принципиальным соображениям. Следует отметить, что нами лимфаденэктомия выполнялась в объеме Д1, Д2 и в 22 случаях - Д3. Из 239 радикальных операций комбинированные вмешательства произведены у 38 (17%) больных. Комбинированные гастрэктомии выполнены у 20

(39,2%) из 38 больных. У 9 пациентов удаляли селезенку, причем в сочетании с другими органами в 4 случаях, резекция хвоста поджелудочной железы – 6, левого надпочечника – 1. Комбинированная проксимальная субтотальная резекция выполнена у 9, комбинированная дистальная субтотальная резекция – 8 пациентам. Сочетанные операции осуществляли 7 (2,9%) больных: у 5 – холецистэктомия, у 2 – удаление придатков матки при различных заболеваниях. Одним из показателей эффективности хирургического лечения больных раком желудка являются непосредственные результаты: частота послеоперационных осложнений и послеоперационная летальность. Общее количество осложнений составило 25 (10,4%). При этом несостоятельность швов анастомоза выявлена у 8 (3,3%), с 4 (1,6%) летальными исходами по отношению к радикальным операциям. Особенности осложнений при применении комбинированных и сочетанных операций мы не обнаружили. Другим серьезным осложнением являются послеоперационные пневмонии и плевриты – 5 больных. Эти осложнения возникли после торакоабдоминальных вмешательств у пациентов пожилого возраста, с сопутствующими патологиями сердечнососудистой и легочной системы. Из 61 больных радикально оперированных в период с 2000–2002гг. 5 лет жили 20 (32,7%) пациентов. Все имели стадию T2,3N0M0. У больных с комбинированными операциями 3летняя выживаемость составила 36,4%, а 5летняя выживаемость составила 12,2%. Поэтому в последующем эти операции сопровождались проведением нескольких курсов химиотерапии.

Выводы. В специализированном хирургическом отделении РОД лечение получали только 21,5%. Расширение объема оперативного вмешательства, дополнительная резекция или удаление блока органов и тканей не ухудшает непосредственных результатов, хотя отдаленные показатели почти в 3 раза ниже, чем при типичных операциях.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА С ПРОРАСТАНИЕМ В ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ

Джураев М.Д., Юсупбеков А.А., Эгамбердиев Д.М.

Республиканский Онкологический Научный Центр, Ташкент, Узбекистан; Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оптимизировать тактику хирургического лечения и изучить непосредственные результаты при инвазии опухоли желудка в поджелудочную железу.

Материалы и методы. Исследование проводилось у 108 больных раком желудка, которая инвазировала в различные части поджелудочной железы (ПЖ). Опухоль антрального отдела с инвазией в головку ПЖ была установлена у 74 (68,5%) больных, опухоль тела и проксимального отдела желудка с прорастанием в тело и хвост ПЖ у 34 (31,5%) больных. Мужчин 66 (61,1%), женщин 42 (35,9%). Возраст больных от 19 до 76 лет. Гистологически у 72 (66,6%) больных установлен кишечный тип и у 36 (35,4%) диффузный рак. Всем больным применялся способ левосторонней лимфодиссекции и мобилизации желудка. 66 (61,1%) больным произведена дистальная субтотальная резекция желудка с плоскостной резекцией головки поджелудочной железы с различной толщиной. 42 (36,9%) больным произведена гастрэктомия, из них в 18 случаях операция комбинировалась спленэктомией и резекцией хвостовой части ПЖ, в 9 случаях произведена гемипанкреатоэктомию ПЖ, а в 16 случаях в различном объеме и толщине плоскостная резекция тела и головки ПЖ.

Результаты. Послеоперационные осложнения развились у 22 (20,9%) больных, из них экссудативный плеврит у 4, послеоперационный панкреатит у 6, панкреонекроз у 1, панкреатический свищ у 3, несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза у 3, ТЭЛА – у 1, сердечнолегочная недостаточность – у 3 больных. Умерло 7 больных, летальность составила 6,5%. Из них 3 от несостоятельности пищеводно-кишечного анастомоза, 1 от панкреонекроза, 1 больной после панкреатического свища осложненного кровотечением с магистрального сосуда, 1 от ТЭЛА и 1 от сердечнолегочной недостаточности. В наших наблюдениях вмешательства на ПЖ служили непосредственной причиной смерти у 2 (1,8%) больных.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о том, что комбинированные вмешательства при раке желудка с прорастанием в поджелудочную железу являются оправданной тактикой, так как она достоверно не увеличивает частоты послеоперационной летальности и способствует повышению радикализма операции.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ЗАПУЩЕННЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Сидюк А.В., Думанский Ю.В., Заика А.Н., Рогалев А.В., Готовкин С.И., Никулин И.В., Троян П.П.

Донецкий областной противоопухолевый центр; Донецк, Украина

Наличие в организме человека злокачественной опухоли сопровождается выраженной в различной степени эндогенной интоксикацией. Эндотоксемия имеет смешанную природу и может быть обусловлена следующими факторами (или их сочетанием): иммунодепрессией; усилением патологических процессов; поражением или нарушением функции органов детоксикации; повреждающим действием лучевой терапии; применением цитостатических препаратов. Целью исследования явилась разработка метода искусственного дренирования лимфатической системы желудка, позволяющего улучшить качество жизни больных с неоперабельным раком желудка. В исследование включены 129 больных запущенным неоперабельным раком желудка, получавших лечение в Донецком областном противоопухолевом центре в 2005 году, что составило 31,3±2,3% от общего количества пациентов (всего 412 больных, с впервые установленным диагнозом при данной локализации опухоли). Исследуемую группу – 64 случая – составили больные, которым во время хирургического вмешательства выполнен обходной гастроэнтероанастомоз либо пробная лапаротомия и дополнительно сформирован искусственный лимфодренаж желудка (оментогастропексия), контрольную группу – 65 случаев – составили больные, у которых выполнен только обходной гастроэнтероанастомоз либо пробная лапаротомия. Качество жизни больных изучалось с помощью системы тестов EORTC QLQ C30. Применение разработанного способа оментогастропексии при выполнении пробной лапаротомии или обходного гастроэнтероанастомоза обеспечивает удовлетворительное и хорошее качество жизни больных по сравнению с контрольной группой в сроки 3 месяца – 82,8% (ДИ 72,5%–91,1%) против 33,8% (ДИ 22,7%–45,9%), соответственно ($p<0,001$), (OR=2,5 ДИ 1,7–3,5), 6 месяцев – 85,3% (ДИ 71,1%–95,3%) и 50,0% (ДИ 31,1%–68,9%), соответственно ($p=0,007$), (OR=1,7 ДИ 1,2–2,5).

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

*Иванова Ю. Г., Румянцева И. К., Блохин В. Н., Феллер В. С., Лешев А. В., Бабаян К. В.
Областной клинический онкологический диспансер; Тверь, Россия*

Цель исследования. Заболеваемость неорганными забрюшинными опухолями (НЗО) не превышает 0,02-0,4% в общей структуре заболеваемости злокачественными опухолями. Скудные клинические проявления, в связи с этим нередко позднее выявление НЗО, достигающих значительных размеров, создает большие трудности в хирургическом лечении. Это делает проблему весьма актуальной. В связи с анатомическими особенностями забрюшинного пространства и локализацией НЗО в непосредственной близости от жизненно важных органов и структур, нередко происходит их вовлечение в патологический процесс. Хирургический метод являющийся основным в лечении НЗО, в силу вышеизложенного, никогда не является стандартным. Во время операции часто возникает вопрос о возможности радикального вмешательства и объеме его.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты 152 оперативных вмешательств, выполненных по поводу первичных НЗО различных локализаций. У 112 пациентов были истинные забрюшинные опухоли, а у 40 (26,32%) – опухоли таза. Злокачественные опухоли диагностированы в 104 случаях, доброкачественные – в 48 (31,58%). Отмечено явное преобладание новообразований мезодермального происхождения – 97 (63,82%). В 50 (32,89%) случаях опухоли имели нейрогенный гистогенез, в 4 (2,63%) – не классифицируемые саркомы, в 1 (0,66%) – хордома. Большая часть больных была в возрасте до 60 лет – 94 (61,84%), среди пациентов всех возрастных групп преобладали женщины – 114 (75,00%).

Результаты. Радикальные операции были выполнены у 101 (66,45%) пациента, паллиативные – у 35 (23,02%). В 16 (10,53%) случаях вмешательство ограничилось диагностическим чревосечением и биопсией новообразования. Причинами эксплоративных лапаротомий были метастазы в печень – у 3, метастазы по брюшине – у 3, неудаляемые метастазы в лимфатические узлах – у 2, местное распространение опухоли с вовлечением в процесс жизненно важных структур – у 8 пациентов. Было выполнено 60 (57,69%) радикальных операций при злокачественных опухолях (из 104). При доброкачественных новообразованиях радикально удалить опухоль удалось у 41 (85,42%) пациента из 48 прооперированных. В 38 из 101 резектабельных случаев НЗО (37,62%) проведены комбинированные операции. У 23 (22,77%) больных возникли различные интраоперационные осложнения: травма паренхиматозного или полого органа в 14 случаях, интраоперационное кровотечение в 9 случаях; при этом 1 пациентка погибла изза профузного кровотечения из вен крестцового сплетения во время операции по поводу злокачественной параганглиомы таза. Послеоперационные осложнения развились после радикальных операций у 12 (11,88%) пациентов: перитонит – у 3 (умер 1), толстокишечные свищи – у 2 (оба закрылись самостоятельно), нагноение послеоперационной раны – у 4, эвентрация – у 1, тромбоэмболия легочной артерии – у 1 (с летальным исходом), ДВС – синдром – у 1 (пациентка умерла). После паллиативных операций умерло 3 больных. У 1 пациента после эксплоративной лапаротомии развился некупирующийся парез кишечника, что привело к смерти. Из 4 пациентов, умерших после радикальных операций, у 3 были выполнены комбинированные вмешательства. Общая послеоперационная летальность составила 5,26%, после радикальных операций – 3,96%, после комбинированных – 7,89%.

Выводы. Операции при НЗО относятся к разряду хирургических пособий высокой степени сложности и требуют высокой квалификации оперирующего хирурга, способного выполнять комбинированные вмешательства на органах брюшной полости, забрюшинного пространства и крупных сосудах.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

*Иванова Ю. Г., Румянцева И. К., Блохин В. Н., Феллер В. С., Панков С. М., Чирков Р. Н., Бабаян К. В.
Областной клинический онкологический диспансер; Тверь, Россия*

Цель исследования. Неорганные забрюшинные опухоли (НЗО) чаще склонны к рецидивам, реже метастазируют. Более 90% НЗО имеют мезодермальное или нейрогенное происхождение. Клиническая диагностика чаще осуществляется тогда, когда опухоль инфильтрирует соседние с ней органы и ткани забрюшинного пространства. Это может стать одной из причин рецидива опухоли при оперативном лечении, особенно экономном, или как следствие интраоперационной гиподиагностики.

Материалы и методы. Нами проанализирован собственный опыт радикального хирургического лечения 101 пациента с НЗО различных локализаций. У 41 (40,4%) больного имелись доброкачественные, а у 60 (59,6%) злокачественные новообразования. В 49,3% (29 больных) предприняты комбинированные вмешательства. У 16 пациентов со злокачественными НЗО в дальнейшем возникли рецидивы: у 9 (56,25%) после простого удаления опухоли, у 7 (43,75%) – после комбинированных операций. Всего по поводу рецидивов у них выполнено 45 вмешательств.

Результаты. Частота возникновения рецидивов после простого удаления НЗО составила 29,03% (9 случаев на 31 операцию), после комбинированных операций – 24,14% (7 из 29). Развитие первого рецидива наступало в сроки от 6 месяцев до 12 лет с момента лечения первичной опухоли. У 6 пациентов опухоль рецидивировала 1 раз, у 7 – 2 раза, у 3 – 3 раза. У 11 (68,75%) пациентов рецидивные опухоли имели мезодермальный гистогенез, у 3 (18,75%) – нейрогенный, у 2 (12,5%) – отмечались многокомпонентные саркомы. Женщин было 13, мужчин – 3. По поводу рецидивных НЗО выполнено 29 операций: удаление опухоли – в 13 случаях, комбинированные вмешательства – в 10, паллиативные удаления – в 2, пробные лапаротомии – в 4 случаях. В послеоперационном периоде у 9 пациентов отмечался парез кишечника, что у 2 из них потребовало релапаротомии и интубации кишечника. В 1 случае развился кишечный свищ, была выполнена операция на выключение свища. Летальных исходов не было.

Выводы. Склонность НЗО, в особенности липосарком, к рецидивированию и относительно удовлетворительные результаты хирургического лечения, свидетельствуют о необходимости более частого выполнения комбинированных и расширенных вмешательств как по поводу первичных НЗО, так и при рецидивах. Предпринимать попытку выделения вновь возникшей опухоли от прилежащих органов и тканей не всегда технически возможно и целесообразно. Из-за отсутствия четких критериев визуальной оценки полноты удаления патологически измененных тканей возможно повторное рецидивирование.

D2 ЛИМФОДИССЕКЦИЯ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Куликов Е.П., Каминский Ю.Д., Судаков И.Б.

Рязанский Государственный Медицинский Университет им. И.П. Павлова, Рязанский областной онкологический диспансер; Рязань, Россия

Цель исследования. Определение эффективности D2 лимфодиссекции (ЛД) и послеоперационной лучевой терапии (ПОЛТ) при комбинированном лечении больных раком желудка (РЖ). Представлены результаты хирургического и комбинированного лечения 224 больных РЖ, проведенного в РОКОД за период с 1997 по 2001 гг. Никто из больных не получал предоперационной химиотерапии и лучевой терапии. У 116 больных, в качестве обязательного этапа хирургического лечения была выполнена D2 ЛД. У 108 пациентов операция выполнялась с ЛД D1. 86 пациентам на 14–28 сутки после операции начата ПОЛТ. В полном объеме ПОЛТ проведена у 79 больных. Материал обрабатывался по следующим направлениям: Изучение влияния ЛТ на послеоперационный период. Изучение актуальной общей 5летней выживаемости в зависимости от объема ЛД. Изучение актуальной общей 5летней выживаемости в зависимости от ЛТ после D1 ЛД и D2 ЛД. Выживаемость рассчитывалась интервальный методом построения таблиц дожития – «Life tables». Статистическая достоверность выявленных различий оценивалась с использованием статистического теста logrank. При выполнении D2 ЛД производилось удаление всех групп лимфоузлов (ЛУ) N1 – N2, частично N3, при этом в большинстве случаев удаление ЛУ ворот селезенки и селезеночной артерии выполнялось без спленэктомии. ПОЛТ проводилась с двух прямых передне-задних фигурных полей, через 2–4 недели после операции. В зону облучения включалась область анастомоза, зона расположения удаленных паракардиальных ЛУ, ЛУ малой и большой кривизны, печеночно-двенадцатиперстной связки, области привратника, чревного ствола, ворот селезенки.

Заключение. Выполнение D2 ЛД у больных с I ст., достоверно улучшает общую 5летнюю выживаемость с 49% до 77% ($p < 0,05$); у больных II ст. – с 30% до 57% ($p < 0,05$). У больных IIIa ст. отмечается тенденция к улучшению общей 5летней выживаемости за счет выполнения D2 ЛД ($p > 0,05$). У больных при IIIb и IV стадиях D2 ЛД не улучшает отдаленных результатов лечения. ПОЛТ не зависимо от объема ЛД, не улучшает отдаленных результатов лечения при I, II, IIIb ст. У больных IIIa ст. отмечается незначительная тенденция к улучшению 5летней выживаемости за счет ПОЛТ ($p > 0,05$).

ОЦЕНКА ПЕРЕНОСИМОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ В ПЛАНЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА III IV СТАДИИ

Болотина Л.В., Крамская Л.В., Корниецкая А.Л., Пайчадзе А.А.

МНИОИ им. П.А.Герцена, Москва, Россия

Цель исследования. Изучить переносимость послеоперационной полихимиотерапии (ПХТ) препаратами доцетаксел, цисплатин, 5фторурацил, лейковорин у больных, которым в первом этапе комбинированного лечения выполнено оперативное вмешательство в объеме R0 по поводу рака желудка с III–IV стадиями.

Материалы и методы. В настоящее время в исследование включено 16 больных (8 мужчин и 8 женщин) в возрасте 40–69 лет (средний возраст – 62,6 лет). Четверо больных имели IIIa стадию заболевания, 5 больных – IIIb, 7 больных – IV стадию. После выполнения оперативного вмешательства проводили ПХТ по схеме: доцетаксел 75 мг/м² и цисплатин – 75 мг/м² в/в в 1й день, 5фторурацил 375 мг/м² + лейковорин – 20 мг/м² в 13 дни. Было проведено 6 курсов ПХТ с интервалом в 21 день. В полном объеме лечение завершило 7 больных, двум больным проведено по 1 курсу и 2 больным по 2 курса, 5 пациентов находятся в процессе лечения.

Результаты. Общее количество курсов ПХТ 59. Гематологическая токсичность проявлялась в виде нейтропении IIIIV степени (11,8%). Негематологическая токсичность I–II ст. выражалась в виде тошноты/рвоты в 61%, диареи в 32,2%, повышении креатинина – 6,7%. В 1 случае зарегистрирована гастроинтестинальная токсичность III степени. У 2х больных к окончанию лечения зафиксирована периферическая полинейропатия. Все побочные эффекты явления были обратимы и не нарушали сроков лечения. Для купирования гастроинтестинальной токсичности использовали антиэметики, пробиотики, проводили коррекцию водно-электролитного баланса. Витамины B1 и B6 применялись с целью предупреждения нейротоксичности.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о приемлемом уровне токсичности комбинации доцетаксела, цисплатина и 5фторурацила в сочетании с лейковорином у больных раком желудка, что позволяет рекомендовать ее для дальнейшего изучения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ОПУХОЛИ

Кутуков В.В., Круглова Т.С., Чернухин А.А.

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Росздрава, ГУЗ Астраханский областной онкологический диспансер; Астрахань, Россия

Цель исследования. Несмотря на тенденцию к снижению заболеваемости, рак желудка остается одной из самых распространенных форм злокачественных опухолей человека. В структуре онкологической заболеваемости и смертности рак желудка занимает второе место после рака легкого. У 75% первично выявленных больных заболевание диагностируется в III–IV стадиях, у 83% больных уже существуют регионарные метастазы, что предопределяет неудовлетворительные результаты лечения.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением за период 1997–2006 г. находилось 1974 пациента в возрасте 28 – 76 лет. Мужчин – 1262 чел. (64%); женщин – 712 (36%). Число больных с преинвазивным раком составило 2%, I–II стадии – 28,7%, III стадия – 31,3%, IV стадия – 38%. Частота морфологического подтверждения диагноза на основе гистологического исследования составила 75%. Всего изучено 1480 гистологически подтвержденных случаев злокачественных новообразований желудка за период 1997–2006 г.

Результаты. Основным методом лечения остается хирургический – 76,5%. Основную часть (89%) составили больные в возрасте 45–69 лет. Опухоль располагалась в пилороантральном отделе у 60%, по малой кривизне – 20%, проксимальный отдел – 10%, передняя и задняя стенки желудка – 5%, тотальное поражение – 5%. Аденокарциномы

составили 80%. Прослежена годовичная, 3 и 5летняя выживаемость больных в зависимости от гистологической структуры опухоли. Наибольший показатель однолетней выживаемости отмечен у больных с аденокарциномой – 84%, наименьший – у больных с недифференцированным раком – 38%. Частота рецидивов выше при недифференцированном и перстневидноклеточном раке, чем при аденокарциноме.

Заключение. Наибольшая годовичная и пятилетняя выживаемость отмечены при гастрэктомии, наименьшая – при проксимальной резекции желудка. Анализ ближайших и отдаленных результатов лечения подтверждает целесообразность активного хирургического подхода при выборе лечебной тактики.

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА РАКА ЖЕЛУДКА И ХАРАКТЕР ИЗБРАННОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Медникова Н.В., Грачева Ю.В., Круговая Н.В., Уваров И.Б., Марков П.В.

ФГУ «Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии Росздравра»; Краснодар, Россия

Цель исследования. Изучить гистологическую структуру рака желудка на основании патоморфологических исследований операционного материала и характер избранного оперативного вмешательства за период с 2002 по 2007 гг.

Материалы и методы. Клинический анализ основан на исследовании 543 случаев распространенных и локализованных форм рака желудка, а также на данных патогистологических заключений, позволяющих судить о структуре опухолевого процесса, его стадии и развитии и радикальности выполненного вмешательства. Всего оперированы 693 больных, которым в общей сложности выполнено 863 операции.

Больным выполнялись оперативные вмешательства в объеме гастрэктомии и лимфодиссекции D 3, субтотальной дистальной резекции желудка и лимфодиссекции D3, субтотальной проксимальной резекции желудка и лимфодиссекции D 3, комбинированные операции + D 3.

Результаты. Количество комбинированных и расширенных операций 17,8%, гастрэктомий – 7,9%, проксимальных резекций желудка – 6%, дистальных резекций желудка – 14,9%, органосохраняющих резекций желудка при III ст. рака – 2,9%, экстирпаций культи желудка – 1,3%, релапаротомий – 4,2%, прочие операции – 4,9%, диагностических лапароскопий – 11%, эксплоративных лапаротомий – 3,1%, малоинвазивных вмешательств под УЗконтролем – 26%. Общая летальность составила 3,17%. Среди эпителиальных опухолей желудка удельный вес аденокарциномы различной степени дифференцировки составил 41,4%. Недифференцированный рак был представлен в 245 случаев (45,2%). Перстневидно-клеточный рак выявлен в 9,9%. Количество выявленных неэпителиальных опухолей (в частности, лимфосаркома, лимфогранулематоз) составило 19 случаев, или 3,6% в структуре выявленных опухолей.

Выводы. Объем оперативного вмешательства не зависит от гистологической структуры опухоли. Радикальность оперативного вмешательства напрямую связана со степенью инвазии в прилежащие органы и ткани, поражением лимфатических узлов, техническим мастерством оператора и операционной бригады, анестезиологическим обеспечением, течением послеоперационного периода, отсутствием гнойносеptических осложнений, адекватным и своевременным выбором комплексного консервативного лечения.

Степень дифференцировки опухоли отражает эволюцию опухолевого процесса в каждом конкретном случае. Клеточный состав исследованной опухоли очень часто представлен большим удельным весом недифференцированных структур, что составляет 55,1%.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

Мирзараимова С.С., Джураев М.Д.

Республиканский онкологический научный центр, Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследований. Изучить в сравнительном аспекте результаты расширенной гастрэктомии со спленэктомией и с сохранением селезенки при раке желудка.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ непосредственных результатов хирургического лечения 120 пациентов с раком желудка, в клинике РОНЦ МЗ РУз за период 2000 по 2007 год. Возраст больных колебался от 19 до 78 лет. Из них мужчин 85 (71%), женщин 35 (29%). Опухоль преимущественно проксимального отдела диагностирована у 39 (32,5%) больных, тела желудка у 32 (26,7%), антрального отдела с переходом на тело у 7 (5,8%) и тотальное поражение желудка отмечено у 46 (38,3%) больных. По форме роста наиболее часто встречалась инфильтративная форма 65 (54,1%), при чем в большинстве случаев это имело место при тотальном поражении желудка (50,1%). Эндофитная форма наблюдалась в 23 (19,2%) случаях, и в 32 (26,7%) случаях экзофитная форма. Пациенты были разделены на две группы:

1. Больные подвергшиеся расширенной гастрэктомии в объеме D2 со спленэктомией и резекцией хвостовой части поджелудочной железы (n=60).
2. Больные подвергшиеся расширенной гастрэктомии в объеме D2 с сохранением селезенки (n=60).

Результаты. Общая частота послеоперационных осложнений в обеих группах оказалась примерно одинаковой и составила 30,0% в группе расширенных гастрэктомий со спленэктомией и 28,4% в группе расширенных гастрэктомий с сохранением селезенки (p>0,05). Послеоперационная летальность составила 10,0% в группе расширенных гастрэктомий со спленэктомией и 8,3% в группе расширенных гастрэктомий с сохранением селезенки (p>0,05).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют об отсутствии достоверных различий в структуре послеоперационных осложнений после расширенной гастрэктомии со спленэктомией и расширенной гастрэктомии с сохранением селезенки. Так, расширеннокombинированный характер операций, сопровождающийся спленэктомией и резекцией хвоста поджелудочной железы, в руках квалифицированного хирурга не ухудшает непосредственные результаты. При адекватном дренировании брюшной полости и обработке культи резецированной поджелудочной железы в зависимости от формы поджелудочной железы частота послеоперационных осложнений сводятся к минимуму.

К ВОПРОСУ ПРИНЦИПАЛЬНОЙ СПЛЕНЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Мирзараимова С.С., Джураев М.Д.

Республиканский Онкологический Научный Центр, Ташкентская Медицинская Академия; Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Разработать подходы к выполнению спленэктомии при раке желудка.

Материалы и методы. В абдоминальном отделении РОНЦ в период с 2000 по 2006 г. выполнены 52 расширенных гастрэктомий со спленэктомией по поводу рака желудка. Возраст больных колебался от 19 до 78 лет. Из них мужчин 37 (71%), женщин 15 (29%). Во всех случаях спленэктомия сопровождалась резекцией хвоста поджелудочной железы. Опухоль преимущественно проксимального отдела диагностирована у 17 (32,7%) больных, тела желудка у 14 (26,9%), антрального отдела с переходом на тело у 3 (5,8%) и тотальное поражение желудка отмечено у 18 (34,6%) больных. По форме роста наиболее часто встречалась инфильтративная форма 28 (53,8%), при чем в большинстве случаев это имело место при тотальном поражении желудка (50%). Эндофитная форма наблюдалась в 10 (19,2%) случаях, и в 14 (27%) случаях экзофитная форма. При морфологическом исследовании опухоли аденокарциномы различной степени дифференциации выявлены в 71,2% случаев.

Результаты. При гистологическом исследовании 10 группы лимфатических узлов из ворот селезенки метастатический процесс выявлен у 12 (23,3%) больных. Метастазирование отмечено при тотальном поражении и при раке проксимального отдела желудка с инфильтративным ростом. Анализируя, непосредственные результаты мы не отмечали, ни одного случая левостороннего поддиафрагмального абсцесса. Послеоперационный панкреатит наблюдали у 2 (3,8%) больных, несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза у 1 (1,9%), сердечно сосудистая недостаточность у 1 (1,9%) больного, нагноение послеоперационной раны у 3 (5,7%) больных. Общая частота послеоперационных осложнений составила 7 (13,5%). Низкая частота, наиболее частых осложнений как поддиафрагмальный абсцесс и панкреатит, объясняется более адекватной обработкой культуры ПЖ в зависимости от формы хвоста поджелудочной железы и адекватным дренированием левого поддиафрагмального пространства через брыжейку поперечно-ободочной кишки.

Выводы. Таким образом, выяснилось, что метастазы в лимфатические узлы ворот селезенки наиболее часто встречались при тотальном и преимущественно проксимальном поражении опухоли желудка, при инфильтративном росте опухоли и составили 23,3%, что позволяет ограничить показания к спленэктомии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Молдоев М.И., Жумабаев А.Р.

Ошский межобластной центр онкологии; Ош, Кыргызстан

Цель исследования. По мировым показателям заболеваемость раком желудка занимает 4е место после рака легкого, молочной железы и колоректального рака. В России она занимает второе место в структуре заболеваемости мужчин и третье – в структуре заболеваемости женщин. В Кыргызстане, рак желудка, в структуре злокачественных заболеваний занимает первое место. Стабильно высоким остается процент выявляемости запущенных форм рака желудка, что не всегда удается радикально подвергнуть специальному лечению. Целью исследование явилось оценка эффективности хирургических вмешательств у больных раком желудка.

Материалы и методы. В Ошском межобластном центре онкологии хирургический метод лечения за 7 лет был применен в 87 наблюдениях. Распределение больных раком желудка по стадиям заболевания I стадия – 2, II стадия – 7, III стадия – 51, IV стадия – 27 больных.

Результаты. Объем операций был различным и зависел от распространенности поражения, общего состояния и возраста больных. Радикальная операция на первичном очаге сочеталась с операцией на зонах регионарного метастазирования, проводимой с превентивной или лечебной целью. При начальных формах рака желудка пятилетняя выживаемость составляла 90%, при III стадии заболевания составляла 40%, а при запущенной стадии заболевания она составляла 2% от общего числа оперированных больных.

Выводы. Хирургический метод лечения показан всем больным раком желудка, но, объем операций и исходы заболевания зависят от стадии заболевания, гистологической структуры опухоли, своевременности начатого лечения, возраста и общего состояния больных.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОЛИПОВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДКА

Оноприев А.В., Тлехурай Р.М., Таран А.А., Серикова С.Н.

РЦФХГ, г. Краснодар, Россия

Цель исследования. Использование магнификационных методов диагностики опухолей желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. За период с начала 2005 года по август 2007 г. нами было обследовано 121 пациентов, используя магнификационный гастроскоп «Olympus» GIFQ160Z. Для улучшения визуализации микрорисунка все исследования сочетались с хромоскопией с 0,2% раствором индигокармина.

Результаты. У обследованных пациентов было выявлено 172 полипов, магнификационная картина структуры слизистой которых была оценена согласно классификации Sakaki N. 2005 г. (типы AD) и сравнена с морфологической картиной. Исходя из данных патогистологического исследования (ПГИ) больных разделили на группы: в первую группу включили 99 (81,8±3,5%) больных с 148 (86±2,6%) полипами желудка входящими в III категорию Венской классификации. Во вторую – 22 (18,2±3,5%) человека с 24 (14,0±2,6%) полипами желудка входящими в IV категорию. По типу изменений формы желудочной ямки и данных ПГИ больные распределились следующим образом: в первой группе укороченные ямки (тип BC) выявлялся у 16 (10,8±2,6%) пациентов, удлиненные ямки (тип C) у 70 (47,3±4,1%), ворсинчатоподобные ямки (тип CD) у 49 (33,1±3,9%), ямки в виде сетки (тип D) у 13 (8,8±2,3%); во второй группе укороченные ямки не встретился (3,8±3,7%), удлиненные ямки, у 1 (7,7±5,1%), ворсинчатоподобные ямки у 9 (37,5±9,9%), ямки в виде сетки у 6 (25,0±8,8%).

Выводы. Используя сочетание магнификационного осмотра с хромоскопией, можно определить с высокой вероятностью категорию поражений ЖКТ, провести дифференцировку гиперпластических и неопластических изменений слизистой, а так же выявить изменения на стадии их минимальных проявлений. Опираясь на эти данные, определена дальнейшая тактика лечения, согласно Венской классификации эпителиальных неоплазий. На этапе освоения методики и накопления опыта, считаем обязательным гистологическое исследование биопсийного материала.

ВОЗМОЖНОСТИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОГО РАКА ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

Салиев Ю.А., Остапенко Ю.В., Кравцова В.Н.

Донецкий областной противоопухолевый центр; Донецк, Украина

Цель исследования. Снизить частоту осложнений опухолевого процесса в раннем и отдаленном послеоперационном периоде, повысить продолжительность жизни и улучшить ее качество.

Материалы и методы. За период с 1995 по 2004 г. в Донецком областном противоопухолевом центре пролечено 812 больных раком дистального отдела желудка. Оперировано 726 пациентов (89,4%). В радикальном объеме оперировано 406 больных, 55,92% от количества оперированных, симптоматические операции выполнены 274 (37,74%) больным, пробные вмешательства – 46 (6,34%) пациентам. Остальные 86 (10,6%) не оперированы из-за запущенности процесса и отсутствия показаний к urgentной операции. III и IV стадии заболевания отмечены у 600 (73,9%) оперированных больных раком дистального отдела желудка. Прослежено 146 пациентов, которым выполнена гастроэнтеростомия по поводу нерезектабельного рака антрального отдела желудка. Причинами отказа в выполнении операции радикальным объемом в 17 (11,6%) случаях явилось прорастание опухоли в соседние структуры и органы, в 29 (19,9%) – наличие отдаленных метастазов, в остальных 100 (68,5%) случаях – наличие отдаленных метастазов в сочетании с местным распространением. 43 пациента, составившие исследуемую группу, оперированы по способу, разработанному в клинике, который заключается в изоляции опухоли из пищеварительного канала путем неполного пересечения желудка в поперечном направлении проксимальнее опухоли.

Результаты. Осложнений опухолевого процесса в виде перфорации опухоли, кровотечения, интоксикации у больных исследуемой группы не наблюдали. Специальное лечение в раннем послеоперационном периоде получили 68,2% пациентов исследуемой группы, контрольной – всего 34%. Средняя продолжительность жизни пациентов исследуемой группы, получавших специальное лечение, составила 15,4 мес., контрольной – 9,6 месяцев.

Выводы. Выключение опухоли из пищеварительного канала позволяет снизить частоту осложнений опухолевого процесса, создает благоприятные условия для проведения специального лечения, повышает качество и продолжительность жизни.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМБИНИРОВАННОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАКА ЖЕЛУДКА: ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ С ДНЕВНЫМ ДРОБЛЕНИЕМ ДОЗЫ + ГАСТРЭКТОМИЯ, ЛИМФОДИССЕКЦИЯ D2

Скоропад В.Ю., Бердов Б.А., Титова Л.Н.

Медицинский Радиологический Научный Центр РАМН; Обнинск, Россия

Цель исследования. Изучение безопасности и эффективности комбинированного лечения рака желудка, включавшего интенсивную предоперационную лучевую терапию и радикальное оперативное вмешательство с лимфодиссекцией D2.

Материалы и методы. В 2000–2007 гг. в проспективное исследование включено 84 больных раком желудка. У 44 больных проведена предоперационная лучевая терапия в СОД 25 Гр за 5 дней с дневным дроблением дозы. Оперативное вмешательство выполнено в объеме гастрэктомии (42 больных), дистальной субтотальной резекции желудка (40), проксимальной субтотальной резекции желудка (2). Во всех случаях объем лимфодиссекции составил D2. Комбинированные операции выполнены 30 (36%) больным, преобладала спленэктомия. В 7 случаях операция была расценена как паллиативная, в 77 – как радикальная.

Результаты. У большинства больных опухоль локализовалась в дистальных отделах желудка, имела инфильтративный характер, строение низко- и недифференцированного рака, прорастала всю толщу стенки желудка. Преобладали 23А стадии (43), 4 стадия – 15 больных. Метастазы в лимфатические узлы имели место у 49 больных, в том числе у 27 больных был поражен 2–3 лимфоколлектор. Обе группы были сравнимы по основным прогностически значимым факторам. В послеоперационном периоде умер 1 больной (1,2%). Нефатальные осложнения имели место у 6 больных (7%): пневмония (2 больных), тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии (1), кровотечение из анастомоза (1), эвентерация (1), спаечная кишечная непроходимость (1). В последних двух случаях выполнены релапаротомии (2,4%). Различий в частоте послеоперационных осложнений, летальности в зависимости от метода лечения не было. В группе радикально оперированных больных (77), в течение срока наблюдения от прогрессирования рака желудка умерли 16 больных, в том числе 6 (15%) после комбинированного и 10 (27%) после хирургического лечения. Среди причин смерти преобладал канцероматоз брюшины.

Выводы. Комбинированное лечение рака желудка, включающее интенсивную предоперационную лучевую терапию с дневным дроблением дозы и радикальное оперативное вмешательство, в том числе комбинированное, с лимфодиссекцией в объеме D2 в специализированном Центре сопровождается весьма низкими показателями послеоперационных осложнений и летальности. Дальнейшее изучение отдаленных результатов лечения позволит установить его эффективность по сравнению с аналогичным объемом хирургического лечения.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННЕГО РАКА ЖЕЛУДКА

Скоропад В.Ю., Бердов Б.А.

Медицинский Радиологический Научный Центр РАМН; Обнинск, Россия

Цель исследования. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения раннего рака желудка (pT1m,sm), особое внимание уделено закономерностям развития рецидивов и метастазов, вторых опухолей, а также выбору оптимального объема оперативного вмешательства на пораженном органе и лимфоколлекторах.

Материалы и методы. Были изучены результаты хирургического лечения 184 больных ранним раком желудка. В 40% случаев опухоль располагалась на уровне слизистого слоя стенки желудка, а в 60% – прорастала подслизистый слой. Метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов имело место только при прорастании опухоли подслизистого слоя (19%); у одного больного был выявлен солитарный метастаз в печень.

Результаты. Наиболее часто выполняли дистальную субтотальную резекцию желудка – у 65% больных, объем лимфодиссекции варьировал от D0 до D2. Скорректированная 5 и 10-летняя выживаемость превысила 90% и 85%, и не зависела от объема операции. К достоверному ухудшению результатов лечения приводили прорастание опухоли

подслизистого слоя и метастатическое поражение лимфатических узлов. При прорастании опухоли в пределах слизистого слоя, только один больной умер от рецидива (множественные гематогенные и перитонеальные метастазы). Отдаленные результаты лечения больных при прорастании опухоли в подслизистый слой были существенно хуже. Среди причин смерти преобладали соматические заболевания – 43%. В структуре смертности рецидивы составили 25%. У большинства больных с рецидивом, имели место гематогенные метастазы. Потенциальный прирост выживаемости при использовании принципиальной лимфодиссекции в объеме D2 составил 1,7%, что соответствует данным других авторов (1,7-2,5%). Развитие вторых опухолей было исключительно частым явлением, они диагностированы у 26 (14,1%) больных; преобладали опухоли мочевого пузыря, толстой кишки, ЛОР-органов и легких. От прогрессирования вторых (синхронных и метастатических) опухолей умерли 11 больных, что составило 20% в структуре летальности.

Выводы. Таким образом, радикальное хирургическое лечение больных ранним раком желудка приводит к вполне удовлетворительным отдаленным результатам. Принципиальная лимфодиссекция D2 не является универсальным путем повышения эффективности лечения. Рецидивы являются причиной смерти только 25% умерших больных, почти столько же больных умирают от развития вторых опухолей.

НАЧАЛЬНЫЙ ОПЫТ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИИ РАКА ЖЕЛУДКА

Черепанин А.И., Антонов О.Н., Нечаенко А.М., Нечипоренко Е.И.

ГУ Российский научный центр хирургии им. академика Б.В. Петровского РАМН, отделение хирургии неотложных состояний, Москва, Россия

Цель исследования. В хирургии рака желудка актуален поиск наименее травматичных операций отвечающих требованиям необходимого радикализма. Появились сообщения о перспективе «открытых» спленосохраняющих гастрэктомий, с диссекцией ворот селезенки. Имеются сообщения о лапароскопических гастрэктомиях с удалением селезенки. Наряду с опытом «открытых» операций, мы располагаем опытом видеолaparоскопических радикальных вмешательств при раке желудка.

Материалы и методы. В 1 случае больному 60 лет, по поводу рака кардиального отдела желудка T2N1M0, выполнена видеолaparоскопическая спленосохраняющая гастрэктомия, лимфаденэктомия D3. Во 2 случае больному 64 лет по поводу малигнизированной язвы тела желудка T2N0M0, хронического калькулезного холецистита, выполнена мануально-ассистированная видеолaparоскопическая субтотальная резекция желудка по БильротI, расширенная лимфаденэктомия D2, холецистэктомия. Во всех случаях интраоперационная кровопотеря составила 200 мл, продолжительность операции 300 мин.

Результаты. На вторые сутки после операции больные переводились в хирургическое отделение, активизировались. Умеренный болевой синдром не требовал применения наркотических анальгетиков. При рентгенологическом исследовании с водорастворимым контрастом на 2-3 сутки после операции пищеводно-кишечный анастомоз в первом и гастродуоденоанастомоз во втором случае были проходимы для контраста, затеков не выявлено, было назначено энтеральное питание. Послеоперационный койко-день составил 12 суток. При гистологическом исследовании – низкодифференцированная аденокарцинома, прорастающая до мышечного слоя, в 1 случае с метастазом в лимфатический узел малой кривизны желудка, во 2 случае без поражения лимфоузлов. Роста опухоли по линиям резекции не выявлено. 2 больных раком выходного отдела желудка IV стадии (низкодифференцированная аденокарцинома), с наличием отдаленных метастазов, субкомпенсированным стенозом выходного отдела желудка, выполнены видеолaparоскопическая фиксация петли тонкой кишки к телу желудка с формированием переднего гастроэнтероанастомоза по Вельфлеру из минилапаротомного доступа. Интраоперационная кровопотеря составила 50 мл, продолжительность операции 150 мин. После операции больные переводились в хирургическое отделение, на 2 сутки активизировались, болевой синдром умеренный. При рентгенологическом исследовании на 2-3 сутки гастроэнтероанастомоз проходим для сульфата бария, затеков не выявлено, начато энтеральное питание. Послеоперационный койко-день – 7 суток.

Выводы. Крайние проявления обменных нарушений и распространенность процесса у больных раком желудка IV стадии диктуют необходимость выполнения паллиативных операций. Видеолaparоскопические технологии позволяют при этом еще более снизить объем и травматичность операции. Удалось достичь значительного снижения объема операционной травмы, кровопотери, интенсивности послеоперационного болевого синдрома, скорейшей активизации больных после операции, раннего перевода на энтеральное питание.

ГАСТРЭКТОМИЯ С РАСШИРЕННОЙ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЕЙ И СОХРАНЕНИЕМ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Рогаль М.М., Ветшев Ф.П.

Кафедра факультетской хирургии № 1 лечебного факультета, ММА имени И.М.Сеченова; Москва. Россия

Цель исследования. В настоящее время вопрос о возможности сохранения селезенки при выполнении гастрэктомии и лимфаденэктомии у больных раком желудка остается открытым.

Материалы и методы. С 2006 года 23м пациентам выполнена гастрэктомия с расширенной лимфаденэктомией в объеме D2 по разработанной в клинике методике, по поводу опухолей локализовавшихся по малой кривизне и в кардиальном отделе желудка. Из них: 8 пациента с I стадией, 7 – со II, 5 с – III, 3 – с IV стадией по классификации TNM. Селезенку сохраняли в ходе радикальных и циторедуктивных операций для снижения объема операционной травмы, если отсутствовало прямое врастание опухоли в её ткань или селезеночную артерию. Стандартную лимфаденэктомию дополняли удалением клетчатки и лимфатических узлов в воротах селезенки, циркулярно вокруг хвоста поджелудочной железы и левой почечной вены.

Результаты. В 9 случаях выполнение лимфаденэктомии было осложнено повреждением капсулы селезенки. Гемостаз осуществляли путем аппликации фибринового клея. Ранних послеоперационных осложнений не было. По данным планового гистологического исследования в удаленных лимфатических узлах у 15 пациентов метастатическое поражение всех групп лимфатических узлов, в том числе и в воротах селезенки, у 4 – в узлах малого сальника, у 4 больных метастазы не выявили. Адекватность лимфаденэктомии у радикально оперированных больных дополнительно оценивали по снижению уровня онкомаркеров в раннем послеоперационном периоде и в течение года после операции. По предварительным данным исследования иммунологического статуса, можно говорить о тенденции к иммунодепрессии у больных перенесших спленэктомию по сравнению с больными, у которых селезенку удалось сохранить.

Выводы. Полученные данные позволяют сделать вывод, что выполнение гастрэктомии с сохранением селезенки не противоречит принципам хирургического и онкологического радикализма при лечении больных с опухолями, локализующимися по малой кривизне и в кардиальном отделе желудка.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ПРОГНОЗИРОВАНИИ БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА

Куликов Е.П., Лапкин М.М., Головкин Е.Ю., Судаков И.Б.
ГОУ ВПО «РязГМУ им. акад. И.П.Павлова Росздрава»; Рязань, Россия

Цель исследования. Проведена оценка неспецифических адаптационных реакций больных раком желудка накануне хирургического лечения по вариабельности сердечного ритма (ВСР).

Материал и методы. Исследуемую основную группу составил 101 пациент с диагнозом «рак желудка». Контрольную – 46 человек, находившихся на лечении по поводу доброкачественных заболеваний. Подгруппы были сопоставимы по возрасту (средний возраст соответственно 59 и 58 лет), полу (преобладали лица мужского пола), выраженности соматической патологии. Наряду с общепринятым клиническим обследованием, в предоперационном периоде проводилась оценка ВСР. Для её оценки использовался аппаратно-программный комплекс «Варикард 1.42».

Результаты. При сравнении величин показателей ВСР в основной и контрольной подгруппе выявлена тенденция к повышенному напряжению адаптации больных, страдающих раком желудка. У больных со сниженной ВСР чаще развивались послеоперационные осложнения ($p < 0,05$). Для индивидуального прогнозирования послеоперационных осложнений создана математическая модель на основе логит-регрессии, включающая в качестве аргументов, наряду с клиническими параметрами, и показатели ВСР. Ретроспективно верно предсказанное осложнённое течение послеоперационного периода наблюдалось в 78,9% случаев. Ожидаемое отсутствие осложнений совпадало с фактическим в 93,9% случаев.

Выводы. Для больных раком желудка характерна повышенная напряжённость адаптационных систем в покое, что сопряжено со снижением их адаптационных возможностей. Послеоперационные осложнения чаще встречаются у больных со сниженной вариабельностью сердечного ритма ($p < 0,05$). Модель логит-регрессии, включающая, наряду с клиническими сведениями об основном заболевании, объёме предстоящей операции, операционно-анестезиологическом риске, также и данные кардиоинтервалографии, позволяет эффективно прогнозировать течение послеоперационного периода.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛИМФОДИССЕКЦИЙ В ХИРУРГИИ РАКА ЖЕЛУДКА

Виниченко А.В., Каушанский В.Б., Мурашко Р.А., Яргунин С.А.

ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер» департамента здравоохранения Краснодарского края; Краснодар, Россия

Одним из направлений в решении проблемы хирургического лечения рака желудка, является применение расширенных лимфодиссекций. Течение послеоперационного периода после расширенных лимфодиссекций обусловлено поздним восстановлением функции кишечника, длительной лимфореей, возникновением панкреатитов, гнойно септических осложнений. Проанализированы результаты течения послеоперационного периода 34 больных раком желудка. Риск оценивался как низкий, умеренный, значительный. Группа больных с низким риском составила 5 человек. Этим больным проводилась следующая схема лечения: трихопол + метрогил до операции и в послеоперационном периоде в течение 7 дней. Группа больных с умеренным риском составила 19 человек. Им проводилась терапия по двум следующим схемам: 1) ампициллин + гентамицин до операции и в послеоперационном периоде; 2) клафоран до операции и после операции в течение 7 дней. Группа со значительным риском составила 10 человек. В данной группе проводилось лечение по следующим схемам: 1) фортум до операции и после операции в течение 7 дней; 2) тиенам до операции, в конце операции и в течение 7 дней. Применение 2й схемы лечения во всех группах риска является оправданным. Клинически это проявляется ранним восстановлением перистальтики и лейкоформулы. Инфузионная программа панкреатита включает глюкозо солевые растворы и плазмозаменители в соотношении 1:2. Растворы должны содержать высокие концентрации калия (8-12 г/сутки). Для устранения энзимной токсемии применяются блокаторы панкреатического биосинтеза (даларгин, сандостатин). Перидуральная анестезия у больных с парезом кишечника на фоне коррекции гиповолемии позволяет справиться с данным осложнением.

Использование индивидуального подхода к больному, перенесшему расширенную лимфодиссекцию (соматическое состояние, степень радикальности, сопутствующая патология, возраст), позволяет добиться лучших результатов в лечении данной категории больных.

СОХРАНЕНИЕ ТОПИЧЕСКОЙ ИННЕРВАЦИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ВО ВРЕМЯ РАСШИРЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ

Воздвиженский М.О.

Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина; Самара, Россия

Цель исследования. Клиническая оценка эффективности применения собственной методики операции при раке желудка, сохраняющей иннервацию билиарного тракта.

Материалы и методы. Оперировано 23 пациента. Им была выполнена расширенная Д2 – Д3 гастрэктомия. В контрольной группе было 22 пациента, которым при выполнении лимфодиссекции в едином блоке иссекались нервы печеночного сплетения. Двигательную активность и резервуарную функцию желчного пузыря исследовали через год после операции. Для визуализации функции желчного пузыря и желчевыводящих путей применяли динамическую радионуклидную скintiграфию с 60-80 мБк Tc^{99m}бромезида. Функции гепатобилиарной системы оценивали по стандартным показателям, согласно кривым «активность – время» с зон печени, желчного пузыря, петли двенадцатиперстной кишки и фона. Результаты. Продолжительность операций в 1й группе была на 26±12 минут больше, чем время выполнения стандартных гастрэктомий, сокращаясь по мере обработки методики. Количество послеоперационных осложнений в обеих группах было 21,7% и 22,7%, соответственно. Структура их была однообразна. У 22 (95,6%) пациентов в исследуемой группе тип опорожнения желчного пузыря был нормотоническим. Время максимального накопления радиофармпрепарата в желчном пузыре составило

35,1±12,4 минуты, латентное время - 10,7±3,7 минуты. Сократительная способность равнялась 49,5±5,4%, что соответствует границам нормы. Время появления радиофармпрепарата в кишечнике составило 34,4±10,5 минуты. Из 22 пациентов после стандартной гастрэктомии, у 17 (77,2%) отмечено снижение моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря и, вместе с тем, ускорение пассажа радиофармпрепарата по тонкой кишке, что сопровождалось теми или иными проявлениями демпинг-синдрома. В кишечнике радиоиндикатор появлялся через 21,4±6,9 минуты, что косвенно указывает на гипофункцию сфинктера Одди. Время максимального накопления было снижено, и составило 27,2±9,8 минуты. Латентное время - 10,1±2,0 минуты.

Заключение. Сохранение элементов печеночного сплетения существенно не увеличивает время операции и количество послеоперационных осложнений, а результаты свидетельствуют, что сохранение иннервации гепатобилиарной зоны способствует нормальному содружественному функционированию желчного пузыря, желчных протоков и регулирующих желчевыделение сфинктеров.

ВЛИЯНИЕ РЕЗЕРВУАРА НА ПРОЦЕСС РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РАСШИРЕННОЙ ГАСТРЭКТОМИИ

Джураев М.Д., Юсупбеков А.А., Эгамбердиев Д.М., Эшонов А.К.

Республиканский Онкологический Научный Центр, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Улучшить процесс ранней реабилитации и качества жизни пациентов путем создания желудка заменяющего резервуара после расширенной гастрэктомии.

Материалы и методы. Исследования проводились у 55 пациентов раком желудка в стадии T3N1M0. 25 пациентам после завершения этапа расширенной гастрэктомии сформирован резервуар из петель тонкого кишечника. Выполнение резервуара включало в себя наложение эзофагорезервуар анастомоза путем модификации способа Гильяровича; дуоденуюаноанастомоза конец в конец, энтеро-энтеро анастомоза бок в бок, длиной до 18 см и энтеро-энтеро анастомоза конец в бок. 30 пациентам контрольной группы произведена расширенная гастрэктомия без формирования резервуара. Пациенты обследовались в течение одного года, раз в квартал по следующим критериям:

1. Исследование крови и иммунологических показателей.
2. Прибавление или уменьшение веса.
3. Появление или отсутствие функциональных осложнений.
4. Восстановление трудовой деятельности.
5. Оценка качества жизни по шкале Карновского.

Результаты. Картина крови и показатели иммунной системы полностью восстановилась до нормы в основной группе больных от 1,5 до 3 месяцев после операции, в то время у пациентов контрольной группы явления агастральной анемии и иммунодепрессивное состояние продолжались и после 6 месяцев. Пациенты основной группы до 6 месяцев прибавили в среднем 4,5 кг, а пациенты контрольной группы наоборот потеряли в весе в среднем 2,5 кг. Восстановление активной физической деятельности среди пациентов основной группы в течение 6 месяцев отмечено у 72% (18) пациентов, а в контрольной группе 0%. Функциональное осложнение в виде слабо выраженного рефлюкс эзофагита наблюдалось у 2 пациентов основной группы, в том время этот показатель в контрольной группе составил 59,4% и демпинг синдром еще у 30%. Оценка качества жизни по шкале Карновского в основной группе составила 80%, а в контрольной группе 60%.

Вывод. Формирование резервуара максимально уменьшает частоту агастральных синдромов и функциональных осложнений, что благоприятно способствует на процесс ранней реабилитации и улучшение качества жизни пациента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РАКОМ

Баранов А.Ю., Жарков В.В., Малькевич В.Т., Оситрова Л.И., Курчин В.П., Яськевич Л.С., Коробач С.С., Мавричев В.Ю.

ГУ РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им.Н.Н. Александрова; Минск, Беларусь

Цель исследования. Изучить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения больных кардиоэзофагеальным раком.

Материалы и методы. С 1990 по 2000 г. проведено радикальное хирургическое лечение 370 больным кардиоэзофагеальным раком, из них - 93 больным выполнены комбинированные операции. С 2001 по 2005 г. проведено радикальное хирургическое лечение с применением систематической лимфодиссекции в объеме D2 135 больным, из них 49 - выполнены комбинированные операции. Стадирование опухолевого процесса осуществлялось по Международной Классификации TNM, 6е издание 2002 г. Показатели выживаемости рассчитывались по методу KaplanMeier.

Результаты. В группе больных, получивших хирургическое лечение (R0) в 1990-2000 гг., частота послеоперационных осложнений составила 20,0±61617;2,0%, летальность - 7,6±61617;1,4%, однолетняя выживаемость - 72,7±61617;3,5%, трехлетняя - 46,6±61617;4,4%, пятилетняя - 36,5±61617;4,7%, десятилетняя - 23,7±61617;6,6%, медиана выживаемости - 32,0±61617;4,9 месяцев. В группе больных, получивших хирургическое лечение (R0) в 2001-2005 гг., частота послеоперационных осложнений составила 11,8±61617;2,8% (p<0,02), летальность - 2,9±61617;1,4% (p<0,002), однолетняя выживаемость - 66,1±61617;4,3% (p>0,05), трехлетняя - 41,5±61617;4,8% (p>0,05), пятилетняя - 29,5±61617;5,1% (p>0,05), медиана выживаемости - 29,8±61617; 5,4 месяцев (p>0,05).

Заключение. Радикальное хирургическое лечение больных кардиоэзофагеальным раком (в т.ч. с выполнением комбинированных операций) позволило добиться удовлетворительных результатов долговременной выживаемости. Применение лимфодиссекции в объеме D2 не влияет на частоту послеоперационных осложнений и летальность.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РАКОМ С ВЫСОКИМ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ

Хоробрых Т.В., Величко О.А., Вычужанин Д.В.

Кафедра факультетской хирургии №1 лечебного факультета ММА имени И.М.Сеченова; Москва. Россия

С 2005 г. по 2007 г. оперировано 55 пациентов с кардиоэзофагеальным раком. Объем операций варьировал от гастрэктомии с резекцией грудного отдела пищевода из абдоминального доступа с сагиттальной диафрагмотомией до

экстирпации пищевода с пластикой желудочной трубкой. Во всех случаях выполняли трансхиатальную медиастинальную лимфаденэктомию с удалением лимфоузлов из области бифуркации трахеи при экстирпации пищевода, а так же абдоминальную лимфаденэктомию в объеме D2. Пациенты старше 65 лет составили 32%; старше 70 лет – 42,5%. Глубина опухолевой инвазии T3 была у 51%; T4 – 20%. 54% пациентов с ИБС и пневмосклерозом на фоне хронической обструктивной болезни легких, с гипертонической болезнью и церебросклерозом 45,45%. У 19% был постинфарктный кардиосклероз, 7,3% сахарный диабет, 5,45% ожирение.

Помимо интенсивной терапии сердечно сосудистых и легочных заболеваний определяли нутритивный статус с учетом уровня преальбумина, индекса массы тела, тромбоцитов и лимфоцитов. Проводили коррекцию выявленных нарушений в течении 7-10 дней энтеральным и парентеральным питанием, иммуномодуляторами, препаратами крови и плазмы по показаниям.

В раннем послеоперационном периоде умерло 2 (3,6%) больных от острой сердечно сосудистой недостаточности, развившейся на фоне комбинированного порока сердца. Острый инфаркт миокарда и пневмония развилась у 1 больного (1,8%); несостоятельность ПКА 5,6%. Все больные экстубированы в первые сутки. Среднее пребывание в отделение реанимации составило 5 дней.

Диагностика функциональных адаптационных резервов сердечно сосудистой и дыхательной систем у заранее компрометированных больных, раннее выявление очевидных и скрытых белково-энергетических, водно-электролитных нарушений и их коррекция при предоперационной подготовки позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений, а также расширить возможность радикальных операций у данной группы больных.

ЕНОГАСТРОПЛАСТИКА ПОСЛЕ ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Виниченко А.В., Каушанский В.Б., Мурашко Р.А., Яргунин С.А.

ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер» департамента здравоохранения Краснодарского края; Краснодар, Россия

Цель исследования. С целью улучшения ближайших и отдаленных функциональных результатов хирургического лечения больных раком желудка с локализацией раковой опухоли любой степени дифференцировки экзофитного типа роста (III-IV стадия) в кардиальном отделе желудка, улучшения качества жизни радикально оперированных больных предложен новый способ анатомо-функционального восстановления пищеварительной системы после проксимальной резекции желудка.

Материалы и методы. Сущность предложенного способа заключается в замещении удаленного проксимального отдела желудка петлей тонкой кишки путем наложения концево-петлевого пищеводно-кишечного анастомоза, восстанавливающего антомофункциональное подобие утраченной кардии, и концево-концевого (два конца кишечной петли в конец антрального отдела желудка) кишечно-желудочного анастомоза. Способ применен у 7 больных.

Результаты. Осложнений, связанных с регенерацией анастомозов, не было. Обследование больных в отдаленные сроки после операции показало, что выполнение субтотальной проксимальной резекции желудка с еногастропластикой по разработанному способу обеспечивает восстановление у оперированных больных эвакуаторной и разобщающей (запирательной) функции утраченной кардии, а также резервуарной функции желудка.

Выводы. Это предупреждает развитие рефлюксэзофагита, синдрома "малого желудка", значительно усугубляющих тяжесть состояния радикально оперированных по обычным методикам больных в 36,3 – 92 % случаев и являющихся основной причиной, ведущей к инвалидизации пациентов.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

Касаткин В.Ф., Снежко А.В., Каймакчи О.Ю., Максимов А.Ю., Чижиков Н.Б.

ФГУ «РНИИО Росмедтехнологий»; Ростов-наДону, Россия

Лечение рака пищевода представляет собой сложную проблему хирургии и онкологии. При раке грудного отдела пищевода наибольшее распространение получила операция Льюиса. За период с 1994 по 2007 г. в торакоабдоминальном отделении Ростовского научноисследовательского онкологического института было выполнено 189 операций типа Льюиса. Этот тип операции признается нами наиболее адекватным хирургическим вмешательством по радикализму, поскольку позволяет визуализировать весь грудной отдел пищевода, лимфатические коллекторы брюшной полости и средостения. Особенностью контингента больных раком пищевода является пожилой возраст, большое количество сопутствующих заболеваний на фоне отягощенного анамнеза и вредных привычек, алиментарное истощение пациентов. Анализ показал, что ведущее место в структуре послеоперационных осложнений заняли терапевтические осложнения (со стороны дыхательной и сердечнососудистой систем), которые в 15 (7,9%) случаях привели к летальному исходу. Наиболее грозным хирургическим осложнением операции Льюиса остается несостоятельность швов внутригрудного пищеводно-желудочного анастомоза. Совершенствование технических приемов наложения анастомоза и применение разработанного нами оригинального устройства для постоянного орошения и герметизации линии пищеводного анастомоза («Способ лечения заболеваний пищевода и устройство для его осуществления»). Авторское свидетельство № 997660), позволило эффективно бороться с этим осложнением. Благодаря использованию такого подхода к профилактике несостоятельности пищеводных анастомозов это осложнение отмечено только у 1 пациента, что составило 0,5%.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ

Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Имамов О.А., Алмардонов Р.Б.

Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз

Цель исследования. В республиканском онкологическом научном центре (РОНЦ МЗ РУз) на протяжении 2000-2007 гг. торакоскопические и видеоторакоскопические (ТО и ВТО) были выполнены 44 больным, по поводу объемных образований легкого.

Материалы и методы. Возраст больных колебался от 15 до 63 лет, среди них 27 (61,4%) мужчин и 17 (38,6%) женщин. Все больные комплексно обследованы до операции, однако характер и морфологическая природа опухолей осталась не выясненной. ТО и ВТО являлись завершающим этапом диагностики. Все операции проводились под эндотрахеальным наркозом с раздельной интубацией бронхов. Во всех случаях оперативное вмешательство началось с диагностической торакоскопии. 15 (34,1%) больным после диагностической торакоскопии, выполнена торакотомия. Из

них 14 больным выполнена резекция легкого (пульмонэктомия – 2, лобэктомия – 6, частичная атипичная резекция легкого ЧАРЛ – 6), в 1 случае изза массивного прорастания опухоли в структуры средостения операция закончилась эксплоративной торакотомией. Гистологическое исследование показало: рак легкого в 7 случаях, карциноид – 2, малигнизировавшая аденома бронха – 2, лейомиома – 1, солитарный метастаз в легкое – 3.

Результаты. 23 (52,3%) больным после диагностической торакоскопии выполнена миниторакотомия и в дальнейшем под видеоскопическим контролем произведено удаление периферической опухоли легкого в 16 случаях, ЧАРЛ в 8 случаях. Результаты гистологического исследования: гамартахондрома – 12; туберкулема – 9; фиброма – 1; метастаз рака почки – 3. У 6 (13,6%) больных ДТ закончилась биопсией пораженной ткани легкого. Результаты гистологического исследования: саркомидоз легкого – 3; метастаз саркомы – 2, туберкулезное поражение легкого – 1.

Выводы. Таким образом, хирургическое вмешательство с использованием видеоторакоскопической техники оказалось не только средством дифференциальной диагностики, но и позволило установить правильный диагноз, избежать напрасных торакотомий, выполнить радикальную операцию при необходимости. К преимуществам видеоторакоскопических вмешательств относим малую травматичность, значительное уменьшение послеоперационного болевого синдрома, уменьшение количества послеоперационных легочно-плевральных осложнений, а также сокращение длительности пребывания больного в стационаре.

ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА IV СТАДИИ

Вашакмадзе Л.А., Бутенко А.В., Сидоров Д.В., Ложкин М.В.

ФГУ «МНИОИ им. П.А Герцена Росмедтехнологий»

За период с 1982 по 2002 г. проанализированы результаты лечения 237 больных резектабельным раком желудка IV стадии.

Материалы и методы. Анализ отдаленных результатов в зависимости от гистологического строения опухоли показал крайне низкую чувствительность высоко и умеренно дифференцированной аденокарциномы к проведению дополнительного лекарственного лечения. В то же время при низкодифференцированной аденокарциноме, перстневидноклеточном, раке и (или) их сочетании лишь единичные больные переживают трехлетний срок наблюдения при чисто хирургическом лечении. Проведение же дополнительного лечения позволяет достичь 5летней выживаемости у 16,9%, 4,5% больных. Однако, только выполнив полную (R0) резекцию, можно рассчитывать на существенное продление жизни этой категории больных – 5летние результаты лечения достигают 22,6%.

Результаты. Наиболее эффективным хирургический метод оказался в группе больных местнораспространенным раком желудка. Полное удаление опухоли (R0резекция) с выполнением комбинированных вмешательств, вплоть до мультивисцеральных резекций позволяет пережить 5летний срок наблюдения каждому пятому больному (19,7%). К сожалению, эффективность выполняемых операций при наличии отдаленных лимфогенных метастазов оказалась ниже, чем при местнораспространенном процессе – общая 5летняя выживаемость составила 2,2%. На значительное увеличение выживаемости можно рассчитывать только при выполнении полной циторедукции – показатель 5летней выживаемости при R0резекции возрастает до 5,9%. Более сложным является выбор лечебной тактики у больных с метастазами в печень и перитонеальной диссеминацией. Агрессивная тактика в сочетании с лекарственным противоопухолевым лечением позволила добиться 5летней выживаемости лишь у больных с отграниченной (P1) диссеминацией и солитарным (N1) поражением печени. В случае выявления разрозненной или массивной диссеминации, двухстороннего, даже единичного, поражения печени прогноз хирургического лечения крайне неудовлетворительный – ни один больной не переживает 5летнего срока наблюдения. В подобных ситуациях показанием к выполнению оперативных вмешательств являются осложнения опухолевого процесса – стеноз, кровотечение, перфорация.

Выводы. Резюмируя все вышеизложенное, стратегия лечения больных раком желудка IV стадии должна основываться на дифференцированном походе к выбору лечебной тактики в зависимости от распространенности опухолевого процесса, комплексной оценке совокупности прогностических факторов.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ

Вельшер Л.З, Праздников Э.Н., Габуня З.Р., Каракетова М.Ю., Семенов М.В.

ГОУ ВПО Московский государственный медикостоматологический университет, кафедра онкологии и лучевой терапии, НУЗ ЦКБ №2 им. Н.А.Семашко ОАО РЖД; Москва, Россия

Цель исследования. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (Gastrointestinal Stromal Tumours – GIST) это редкие опухоли желудочно-кишечного тракта мезенхимального происхождения. В структуре всех опухолей желудочно-кишечного тракта гастроинтестинальные опухоли составляют 1%.

Материалы и методы. За период с 2001 по 2007 г. в отделении абдоминальной хирургии и онкологии НУЗ ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» находилось 24 больных с диагнозом гастроинтестинальная опухоль. Диагноз GIST установлен при плановом морфологическом исследовании с обязательным иммуногистохимическим исследованием опухоли. У 19 больных опухоль располагалась в желудке, у 2х больных в двенадцатиперстной кишке., у 3 больных в тонкой кишке. Большинство больных, 23 пациента поступили в стационар в плановом порядке. В экстренном порядке поступила 1 пациентка. У больных с локализацией опухоли в желудке и 12перстной кишке диагноз был установлен при гастроудоденоскопии и рентгенографии. При этом визуально определялось образование, выступающее в просвет желудка. Слизистая при этом у 18 больных была интактна, у 3 больных был распад опухоли с изъязвлением слизистой. У больных с локализацией опухоли в тонкой кишке диагноз был установлен на основании данных ультразвуковой и рентгеновской компьютерной томографии. Морфологически до операции диагноз был установлен у 2 больных и звучал как «неэпителиальная опухоль желудка».

Результаты. Всем больным производились различные вмешательства на желудке, тонкой или двенадцатиперстной кишке. 23 больным выполнены плановые операции, из них: 7 пациентам произведен субтотальные резекции желудка, 10 больным клиновидные резекции желудка, 2 больным гастрэктомии, 3 больным резекция тонкой кишки, 1 больной клиновидная резекция 12перстной кишки и 1 больной выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция с одномоментной правосторонней гемиколэктомией по поводу распадающейся опухоли 12перстной кишки с прорастанием в печеночный угол ободочной кишки, осложненной кровотечением. Из 10 больных, которым выполнена клиновидная

резекция желудка, 8 были оперированы лапароскопическим доступом. Послеоперационных осложнений, как и послеоперационной летальности не отмечено. Из 24 больных 11 (46%) прослежены в сроки от 1 до 5 лет. При этом 2 больных погибли от прогрессирования заболевания. У одной больной, перенесшей лапароскопическую клиновидную резекцию желудка, отмечен рецидив заболевания, что потребовало повторной операции в объеме субтотальной резекции желудка. У остальных больных наблюдали безрецидивное течение.

Заключение. При отсутствии отдаленных метастазов лечение больных гастроинтестинальными опухолями должно быть хирургическим. При этом попытки получения морфологического подтверждения диагноза представляют сложности в связи с характерным подслизистым расположением опухоли. Оперативное лечение при гастроинтестинальных опухолях требует индивидуального подхода и может различаться от клиновидной резекции лапароскопическим доступом при небольших опухолях, до гастропанкреатодуоденальной резекции.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА

Барышев А.Г., Грицаев Е.И., Крыжановский А.А.

Кубанский государственный медицинский университет, кафедра онкологии с курсом торакальной хирургии, Краснодарский клинический онкологический диспансер; Краснодар, Россия

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных кардиоэзофагеальным раком (КЭР).

Материалы и методы. В последние годы наблюдается увеличение числа больных КЭР. С 2001 по 2007г. в гастроэнтерологическом отделении Краснодарского клинического онкологического диспансера по поводу данного заболевания прошли лечение 218 пациентов. Операция ОсаватГэрлока была выполнена 154 больным, мужчин было 123 (79,9%), женщин – 31 (20,1%), сопутствующие заболевания имели 117 (76%) пациентов. Распространённость по стадиям: I – 4 (2,6%), II – 37 (24,0%), III – 69 (44,8%), IV – 44 (28,6%).

Результаты. Операция начиналась с косой лапаротомии – от VI межреберья слева по направлению к пупку, после ревизии органов брюшной полости и установления резектабельности опухоли выполнялась торакотомия с пересечением рёберной дуги, диафрагмотомия с удалением пищевода окна диафрагмы. После мобилизации органов и лимфодиссекции в объёме D2, удаления наддиафрагмальных и парааортальных лимфоузлов выполнялась гастрэктомия, резекция пищевода до межбронхиального сегмента, спленэктомия. Интраоперационная кровопотеря в среднем составила 650 мл. Комбинированные вмешательства выполнены у 35 (22,7%) пациентов, чаще всего инвазия опухоли происходила в хвост поджелудочной железы – 47,4%. Ранние послеоперационные осложнения зафиксированы у 9 (5,8%) больных: 2 гидроторакса, 2 эмпиемы плевры слева, 1 несостоятельность межкишечного анастомоза, 5 левосторонних пневмоний, одна из которых закончилась летальным исходом. Отдалённые результаты прослежены у 91 больного (2001-2005 гг.). Общая 3летняя выживаемость составила – 41 (47,3%): I ст. – 2 (66,7%), II ст. – 12 (70,6%), III ст. – 20 (46,5%), IV ст. – 93 (2,1%), 5летняя – 22 (45,8%): I ст. – 2 (100,0%), II ст. – 7 (70,0%), III ст. – 8 (38,1%), IV ст. – 5 (33,3%).

Выводы.

1. Несмотря на раннюю дисфагию, у большинства больных КЭР были выявлены III и IV стадии заболевания, что обусловлено агрессивностью опухолевого процесса.
2. Применяя современные медицинские и хирургические технологии, число ранних послеоперационных осложнений после операции ОсаватГэрлока не выше, чем при расширенной гастрэктомии.
3. Ранние послеоперационные осложнения чаще всего связаны с вентиляционными нарушениями в левом лёгком, для предупреждения которых необходимо добиваться его полноценного расправления на этапе герметизации плевральной полости.
4. Расширенная лимфодиссекция и максимально радикальный подход при удалении смежных органов и тканей, соприкасающихся с опухолью, позволяют получить удовлетворительные отдалённые результаты лечения больных КЭР.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРВИЧНОЙ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ЭЗОФАГОГАСТРОАНАСТОМОЗА НА ШЕЕ ПРИ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ

Еникеев Р.Ф., Бурмистров М.В., Сигал Е.И.

Клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Татарстан; Казань, Россия

Цель исследования. Анализ результатов лечения больных перенесших экстирпацию пищевода с одномоментной пластикой стеблем из большой кривизны желудка и наложением эзофагогастроанастомоза на шею.

Материалы и методы. С 1998 по 2006 г. на базе отделения хирургии пищевода Клинического онкологического диспансера Министерства здравоохранения Республики Татарстан находилось на лечение 523 больных по поводу рака пищевода. Возраст больных от 18 до 76 лет (средний возраст 47 лет).

Результаты. Всем 523 больным была произведена экстирпация пищевода с одномоментной пластикой стеблем из большой кривизны желудка и формированием эзофагогастроанастомоза (ЭГА) на шею. 12 больным из 523 наложение ЭГА выполнили с сохранением нижней левой щитовидной артерии с целью сохранения адекватного кровотока в шейном сегменте пищевода и профилактики ишемических расстройств в стенке органа. Соответственно у 511 больных, оперированных ранее без внедрения данного способа улучшения васкуляризации стенки пищевода, нижняя левая щитовидная артерия пересекалась. В итоге, проанализировав предварительные результаты исследования, были получены следующие показатели: только у одного (8,3%) пациента из 12, прооперированных по новой методике, развилась несостоятельность ЭГА на шею. В группе больных, где в процессе наложения анастомоза на шею не сохранялась левая нижняя щитовидная артерия, было у 112 (22,1%) пациентов несостоятельность ЭГА.

Заключение. Сохранение нижней левой щитовидной артерии, по предварительным данным, достоверно снижает количество несостоятельности ЭГА более чем в 2 раза. Значительно уменьшается количество таких осложнений в послеоперационном периоде, как свищи и стриктуры эзофагогастроанастомоза. Повышается качество жизни больных, значительно сокращается количество послеоперационных койко-дней. С целью объективной оценки эффективности нового метода профилактики несостоятельности ЭГА на шею необходимо большее количество наблюдений.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА

Звездин Р.В., Марусов О.Н., Кичик Д.В.

Донецкий областной противоопухолевый центр; Донецк, Украина

Цель исследования. Совершенствование методов хирургического лечения рака пищевода при отсутствии заметной положительной динамики в своевременной и, тем более, ранней диагностике не ведёт к существенному улучшению отдалённых результатов. Поиски путей повышения выживаемости в отдалённые сроки сосредоточены в значительной степени на разработке способов комбинированного лечения.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 47 больных, с предоперационной лучевой терапией по интенсивной методике – 38 больных и 26 больных, у которых предоперационная лучевая терапия сочеталась с эндолимфатическим введением химиопрепарата.

Результаты. Среди пролеченных больных 12% женщин. В 84,6% случаев оперированы больные в возрасте 50–69 лет. Около 80% больных обратились в течение первых 6 месяцев от начала заболевания. Каждый десятый больной имел длительность анамнеза заболевания от полугода до года. У 98% больных опухоль локализовалась в средней и нижней трети пищевода. У каждого пятого больного при ревизии во время операции отмечено прорастание опухоли в окружающие органы и ткани, а морфологически подтверждено только у половины из них. Последние пять лет основными хирургическими вмешательствами при раке грудного отдела пищевода служат субтотальная резекция пищевода (операция типа Льюиса) и экстирпация пищевода с одномоментной пластикой желудком.

Выводы. При комбинированном лечении не отмечено достоверно значимого роста послеоперационных осложнений и летальности. Анализируются отдаленные результаты.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА

Касаткин В.Ф., Кит О.И., Снежко А.В.

ФГУ «РНИИО Росмедтехнологий»; Ростов-наДону, Россия

Цель исследования. Разработать профилактические методы при лечении кардиоэзофагеального рака.

Материалы и методы. В торакоабдоминальном отделении института при хирургическом лечении злокачественных опухолей желудка и пищевода анастомозы с пищеводом были сформированы в 2190 случаях. Пищеводные соустья накладывались в брюшной полости в 1368, внутриплеврально в 822 случаях. Комбинированные операции выполнены 1265 (67,3%) больным, чаще всего выполнялась спленэктомия (как по «принципиальным» соображениям, так и при непосредственном распространении опухоли на ворота селезёнки). Компонентом комбинированных операций в 197 случаях была корпоро-каудальная резекция поджелудочной железы, в 12 случаях выполнялась панкреатодуоденальная резекция, в 5 панкреатэктомия. Резекция ободочной кишки выполнялась в 86, резекция печени (атипичная, сегментэктомия, гемигепатэктомия) в 75 случаях соответственно, нефрэктомия выполнена 24 пациентам. Инвагинационные пищеводные анастомозы формировались с тонкой кишкой в случае гастрэктомии или с желудочной «трубкой» при проксимальной резекции желудка «конец в конец», при выполнении операции Льюиса – трёхрядным узловым швом.

Результаты. У всех пациентов в просвет анастомоза на протяжении 5 суток устанавливали оригинальное устройство для постоянного орошения и герметизации линии пищевода анастомоза (ПОГЛПА). Основными патогенетическими механизмами профилактики несостоятельности соустья является деконтаминация зоны анастомоза и отсутствие «гидравлического удара», возникающего при продвижении перистальтической волны по пищеводу. В случае развития несостоятельности эзофагеального соустья было необходимо более длительное использование устройства ПОГЛПА, которое позволяло эффективно бороться с этим грозным осложнением.

Выводы. Благодаря использованию такого патогенетически обоснованного подхода к профилактике несостоятельности пищеводных анастомозов это осложнение отмечено только у 14 пациентов, что составило 0,6%. Непосредственно от этого осложнения умерли 3 больных. За последние 5 лет послеоперационной летальности от несостоятельности пищеводных анастомозов не было.

ОПЫТ НАЛОЖЕНИЯ НОВОГО АНТИРЕФЛЮКСНОГО ВНЕПЛЕВРАЛЬНОГО ЭЗОФАГОГАСТРОАНАСТОМОЗА

Кротов Н.Ф., Расулов А.Э.

Республиканский онкологический научный центр МЗ Рuz; Ташкент, Узбекистан

Материалы и методы. В торакальном отделении РОНЦ МЗ Рuz, за период с 2000 по 2007 г, выполнено 153 одномоментных субтотальных резекций пищевода с эзофагопластикой изоперистальтической трубкой из большой кривизны желудка с наложением эзофагогастроанастомоза (ЭГА) на шее по поводу рака средней и нижней трети пищевода. Мужчин было – 99 (64,7%), женщин – 54 (35,3%). Возраст больных колебался от 32 до 72 лет. Столкнувшись с недостатками ЭГА на шеи «конец в конец» (51 случай) и «конец в бок» по Мамонтову А.С. (4 случая) мы практически отказались от них и разработали свою новую методику наложения внеплеврального ЭГА, простого в исполнении, обладающего антирефлюксным механизмом. Техника создания нового способа ЭГА заключается в наложении анастомоза «конец в бок» по линии механического шва желудочной трубки с инвагинацией терминального отдела культи пищевода в просвет желудочной трубки и микрогастростомии в оральном конце трансплантата. Применение с 2004 года разработанного нами нового способа наложения ЭГА на шее у 98 больных при одномоментной субтотальной резекции пищевода с гастропластикой показали свою высокую эффективность. Несостоятельность ЭГА не отмечена ни у одного больного, в отдаленные сроки только у 10 (10,2%) больных выявлен желудочно-пищеводный рефлюкс легкой степени, у 4 (4,1%) рубцовая стриктура анастомоза.

Выводы. Таким образом, наложение эзофагогастроанастомоза на шее по предложенной нами методике, позволило практически избежать несостоятельности швов анастомоза, свести до минимума частоту стенозов, избежать в отдаленном периоде выраженного желудочно-пищеводного рефлюкса за счет создания клапанного механизма. Наложение погружной гастростомы в оральном конце трансплантата даёт возможность начать раннее энтеральное питание,

длительное время избегать орального питания, способ её наложения препятствует забросу желудочного содержимого мимо трубки и мацерации кожи, исключает необходимость закрытия стомы специальными приемами.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА

Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Хайрутдинов Р.В., Алмардонов Р.Б.

Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. За период 2000 по 2007 годы в торакальном отделении РОНЦ МЗ РУз выполнено 249 реконструктивно-пластических оперативных вмешательств по поводу внутригрудной локализации рака пищевода. Возраст больных колебался от 18 до 72 лет. Мужчин было 161 (64,7%), женщин – 88 (35,3%). По возрасту, больные распределились следующим образом: 1844 лет – 22 (8,8%) больных, 4564 лет 126 (50,6%), 6574 лет 101 (40,7%). Распределение больных по стадиям: III стадии – 47 (18,9%), III стадия – 202 (81,1%).

Материалы и методы. Выбор типа операции осуществлялся в зависимости от локализации опухолевого процесса пищевода, возраста и общего состояния больного. При локализации опухоли в верхнегрудном отделе пищевода стандартно выполнялась операция Киршнера – Накаяма – 33 (13,3%). При локализации рака в среднегрудном и нижнегрудном отделах пищевода абдомиоцервикальная экстирпация пищевода (АЦЭП) с одномоментной гастропластикой выполнена 153 (61,4%) больным. С 2005 года во время АЦЭП успешно применяется видеоассистированная мобилизация и лимфодиссекция средостения. В 98 случаях АЦЭП и в 11 случае операции Киршнера-Накаямы наложен новый антирефлюксный эзофагогастроанастомоз на шею. 63 (25,3%) больным средне и нижнегрудной локализации рака пищевода выполнялась операция Льюиса.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде после АЦЭП осложненное течение отмечено у 24 (15,7%) больных, после операции Киршнера – Накаямы у 19 (57,6%) больных и после операции Льюиса у 40 (63,5%) больных. Анализ послеоперационных осложнений показал, что после АЦЭП в основном встречались негнойные плевриты (до 7,5%), после операции Киршнера – Накаяма и операции Льюиса легочные (до 24,6%) и плевральные (до 23,3%) осложнения.

Выводы. Общая послеоперационная летальность составила 6,02% (15 больных), при этом: после АЦЭП – 6 (3,9%), после операции Киршнера – Накаямы – 2 (6,1%) и после операции Льюиса – 7 (11,1%). Причинами смерти больных после АЦЭП с одномоментной гастропластикой в 4 случаях явилась тромбоэмболия легочной артерии, в 2 – острый инфаркт миокарда. Острая пневмония в 2 случаях после операции Киршнера – Накаяма, несостоятельность эзофагогастроанастомоза в 6 случаях и острая пневмония справа в 1 случае после операции Льюиса закончились летальным исходом.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА И ПИЩЕВОДА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Сытов А.В., Свиридова С.П., Нехаев И.В., Ломидзе С.В., Боровкова Н.Б., Климанов И.А.

ГУ Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина РАМН; Москва, Россия

Исследование проведено у 163 больных. Первую группу составили 93 больных раком пищевода и кардиального отдела желудка, оперированных торакоабдоминальным доступом (контрольная подгруппа 35 больных). В исследуемую группу вошли 58 больных, получавших иммунокорректирующие препараты церулоплазмин (21), галавит (15), дипептивен (22). Вторую группу составили 70 больных раком желудка (36 контрольная группа, 34 исследуемая, с применением церулоплазмينا (21 больной), галавита (13)). Применение «церулоплазмينا», «галавита», «дипептивена» показало, что данные препараты оказывают иммуностимулирующее влияние на различные звенья иммунитета. При применении «церулоплазмينا» у больных раком пищевода нормализовалось фагоцитарное число, статистически достоверно по сравнению с контрольной группой увеличилось количество лимфоцитов и содержание IgG. «Галавит» способствовал восстановлению нормального количества лимфоцитов, повышению уровня IgA, увеличению фагоцитарного индекса у больных раком пищевода. У больных раком желудка при применении «галавита» фагоцитарное число возросло в 4 раза. При применении «дипептивена» у больных раком пищевода статистически достоверно возросло содержание IgM, нормализовалась концентрация IgA. Добавление «церулоплазмينا», «галавита», «дипептивена» к терапии больных, оперированных по поводу рака пищевода способствует снижению: длительности пребывания в ОРИТ на 2 суток, тяжести состояния (по R.Vone) и органных нарушений на 1,4 балла, числа гнойно-септических осложнений в 2,5 раза по сравнению с контрольной группой. У 85% больных послеоперационные осложнения возникали на фоне следующих показателей: абсолютное число лимфоцитов менее 900,0x10⁶/L, (или не более 10%); фагоцитарный индекс менее 10%, фагоцитарное число меньше 2,3; содержание иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке крови ниже 1,5 г/л, 0,6г/л, 7,2г/л соответственно. Ключевые слова: иммуноглобулины, галавит, дипептивен, церулоплазмин.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОПРОТЕЗОВ ПРИ ДИСФАГИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА

Хайрутдинов Р.В.

РОНЦ МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определение критериев выбора восстановления энтерального питания больных местнораспространенным раком пищевода с выраженной дисфагией.

Материалы и методы. Под наблюдением было 160 больных местнораспространенным раком пищевода. Мужчин – 85 и женщин – 75. III стадия – 70 и IV – 90 больных. У 5 больных имелись трахео или бронхоэзофагеальные свищи. Эндопротезирование осуществлялось методом антеградного проведения протеза с одномоментным бужированием. Для этого мы использовали специальное, сконструированное нами бужирующее устройство, которое состоит из скрепленных в возрастающем порядке фрагментов желудочных зондов (от № 12 до №24). На проксимальной секции устройства укрепляется толкатель из силиконовой резины, который, упираясь во внутреннюю поверхность раструба эндопротеза, препятствует его смещению в оральном направлении во время эндопротезирования. Верхнесредняя лапаротомия длиной 4–6 см. В рану выводится проксимальный отдел желудка – гастротомия. При помощи эзофагоскопа проводим в желудок тонкий катетер, к оральному концу которого фиксируют конец бужирующего устройства с эндопротезом. В

направлении от пищевода хирург медленно, не форсируя, осуществляет тракцию за каудальный конец катетера-проводника. В гастротомной ране хирург захватывает конец дистальной секции бужирующего устройства и продолжает тракцию до того момента, пока не почувствует резкое сопротивление ей. Это означает, что раструб протеза находится над суженой частью опухолевого канала.

Результаты. Эндопротезирование пищевода выполнено у 95, гастростомия – у 65 больных. Послеоперационная летальность после эндопротезирования пищевода составила 2,7%, после гастростомии 2,6%. Медиана выживаемости после эндопротезирования 9,7 месяца, среднее «качество жизни» по Карновскому – 74,5%. После гастростомии – 9,2 месяца и 45%.

Заключение. Эндопротезирование пищевода адекватно восстанавливают энтеральное питание у больных раковым стенозом пищевода, обеспечивая хорошее качество жизни больных в первые месяцы после операции. Поэтому мы отдаем предпочтение эндопротезированию пищевода, которое является малотравматичным вмешательством.

ОДНОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ГРУДИ И ЖИВОТА ПРИ ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Жестков К.Г., Александров В.Б., Александров К.Р., Сухов Б.С., Разбирин В.Н.

Институт хирургии им. А.В.Вишневского, Городской центр колопроктологии ГКБ № 24; Москва, Россия

Цель исследования. Изучить возможности одномоментных торако и лапароскопических операций при 4й стадии рака толстой кишки.

Материалы и методы. 17 операций у пациентов, страдающих 4 стадией рака толстой кишки с метастазами в печень и легкие.

Результаты. Первичная опухоль локализовалась в прямой кишке у 3 пациентов, у 2 – в левых отделах ободочной кишки, у 3 – в правых. Во всех случаях опухоли были T23 N12 P34 G12 (стадия D по Дьюксу). Метастазы в печень были у 5 пациентов, солитарные – у 4, множественные – у 1. Метастазы в легкие были у 8 пациентов, солитарные – у 5, множественные – у 3, в одном легком – у 7, в обоих легких – у 1. По поводу первичной опухоли выполнены: лапароскопическая экстирпация прямой кишки – у 2, брюшно-анальная резекция – у 1, правосторонняя гемиколэктомия – у 3, левосторонняя – у 2 чел. Всем пациентам выполнена аорто-подвздошная лимфодиссекция, а у 2 дополнена латеральной лимфодиссекцией. На печени выполнены: лапароскопическая атипичная резекция печени, удаление метастаза из левой доли – у 2 пациентов, из правой доли – у 2, трансдиафрагмальная атипичная резекция печени, удаление метастазов – у 1. На легких выполнены: торакокопическая атипичная резекция нижней доли легкого – у 3, верхней доли – у 1, прецизионное удаление метастазов – у 1, сегментэктомия S10 – у 2 (в 1 случае с диафрагмотомией и трансдиафрагмальной резекцией печени), двухсторонняя операция – прецизионное удаление метастазов справа и сегментэктомия слева – у 1 пациентки. Осложнений и летальных исходов не было. Одномоментные вмешательства не утяжеляли течение послеоперационного периода. Больных активизировали в те же сроки, что и после операции на брюшной полости. Дренажи из плевральной полости были удалены на 35 сутки. После операции проводили химиотерапию по принятой в клинике схеме.

Заключение. При распространенном раке толстой кишки с метастазами в печень и легкие одномоментные мало инвазивные вмешательства на органах груди и живота обладают достаточно высокой онкологической эффективностью, не отягчают течение послеоперационного периода и открывают новые возможности хирургического лечения больных 4 стадией рака.

НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО В РОНЦ МЗ РУЗ.

Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Имамов О.А., Алмардонов Р.Б.

Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз. Ташкент, Узбекистан

С 2000 по 2007 г в торакальном отделении РОНЦ МЗ РУз, по поводу немелкоклеточного рака легкого, 193 больным проведены оперативные вмешательства. Возраст больных колебался от 29 до 74 лет. Мужчин было 129 (66,8%), женщин 66 (34,2%).

Анализ показал, что пробные вмешательства выполнены в 26 (13,5%) случаях. Резектабельность составила 86,5%. Причины нерезектабельности: распространение рака в верхнюю полую вену выявлено в 13 случаях, в трахею в 4 случаях, массивное прорастание в структуры средостения в 3 случаях, прорастание в предсердие в 3, прорастание в дугу аорты в 3 случаях.

В 73 (37,8%) случаях выполнена лобэктомия, в 13 (6,7%) билобэктомия. Расширенная пульмонэктомия выполнялась в 56 (29,01%) случаях, в 28 (14,5%) – расширенно комбинированная (с резекцией перикарда – 20, с резекцией перикарда и диафрагмы – 4, резекцией плевры 4) пульмонэктомия (РКПЭ).

Различные осложнения зарегистрированы у 44 (22,8%) больных. Из них «нехирургические» осложнения в основном представляли собой послеоперационные пневмонии, которые встречались у 23 (11,9%) больных. 2 (1,04%) больные умерли от прогрессирующей пневмонии. Как «хирургическое» осложнение в первый план вышла недостаточность швов культи бронха (НШКБ), которая выявлена у 8 (4,1%) больных после РКПЭ и у 2 (1,04%) после лобэктомии. В связи с острой эмпиемой плевры при этом 8 (4,1%) больным выполнена торакостомия по жизненным показаниям. Все эти больные были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Острая эмпиема плевры без НШКБ отмечено у 7 (3,6%) больных. Редрирование плевральной полости с санацией привели к выздоровлению больных в краткие сроки (9-12 дней).

Внутриплевральное кровотечение в раннем послеоперационном периоде отмечено у 3 (1,5%) больных после РКПЭ. В 2 (1,04%) случаях диффузное кровотечение остановлено консервативными мероприятиями, в 1 (0,5%) случае острое профузное внутриплевральное кровотечение привело к смерти больного.

НЕОЦИСТОПЛАСТИКА В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ МАЛОГО ТАЗА, ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ОРГАНА ДЛЯ СОЗДАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ОПТИМИЗАЦИЯ ЕГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКА РЕФЛЮКСОВ

Касаткин В.Ф., Кит О.И., Максимов А.Ю., Фоменко Ю.А.

ФГУ «РНИИ Росмедтехнологий»; Ростов-наДону, Россия

Цель исследования. Эвисцерации органов таза в Ростовском научноисследовательском онкологическом институте выполняется с 1997 года по поводу местнораспространенного рака прямой кишки прорастающего в мочевой пузырь с поражением мочепузырного треугольника, а также при раке мочевого пузыря, прорастающем в прямую кишку.

Материалы и методы. В период с 1997 по 2007 год было оперировано 96 пациентов, которым формировали мочевые резервуары из различных сегментов желудочного тракта (сигмовидная кишка, илеоцекальный сегмент, тонкая кишка, желудок) с применением каскадной системы механизмов антирефлюксной защиты.

Результаты. У 53 пациентов для нецистопластики использовали толстую кишку. При раке прямой кишки и при прорастании в нее опухоли смежных органов, в 16 случаях, для мочевого резервуара использовали сигмовидную кишку. При поражении ректосигмоидного отдела и сигмовидной кишки, в 37 случаях, резервуар выполнили из илеоцекального сегмента. Искусственный мочевой резервуар из тонкой кишки сформировали у 37 пациентов. В 6 случаях выполнить кишечную пластику не представлялось возможным из-за выраженного спаечного процесса, когда нельзя было выделить петлю тонкой кишки, а также при обширных резекциях тонкой кишки и при прорастании опухоли брыжейки или стенки тонкой кишки. В таких ситуациях формировали искусственный мочевой резервуар из части желудка с сохранением питающих сосудов.

Выводы. Анализ послеоперационных осложнений показал, что несостоятельность анастомозов полых органов развилась у 12,5% пациентов, гнойносептические осложнения – 28,6% случаев, нарушение функции почек – 26,8%. Погибло 5 больных. Средняя продолжительность жизни пациентов после эвисцерации малого таза без рецидива или генерализации составила 18 месяцев. Около 60% больных прожили 2 года, и более 30% пережили трехлетний рубеж.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕСТНО РАСПРОСТРАНЕННЫМИ СТАДИЯМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аверьянова С.В, Гречишников Т.В, Бяхов М.Ю.

НУЗ «Дорожная клиническая больница» ОАО «РЖД»; НУЗ ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко «РЖД»; Саратов, Москва, Россия

Цель исследования. Достижение максимальной эффективности полной клинической резорбции опухоли у больных с местно распространенными стадиями РМЖ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 35 больных РМЖ с T4N0 M0 в возрасте от 36 до 70 лет. По рецепторному статусу и экспрессии HER 2 new были выделены две группы больных: 1я – рецептор положительные – 28,6% (10 пациенток), 2я рецептор отрицательная – 71,4% (25 пациенток). HER 2 позитивных (+++; FISH – пол.) больных во 2й группе было 12% (3 женщины). Первый этап лечения 1 я группа пациенток получала неoadъювантную гормонотерапию (ингибиторы ароматазы) в течение 3х месяцев, 2я группа от 2 до 6 курсов неoadъювантной химиотерапии по схеме FAC. Клиническая эффективность ХТ оценивалась после каждого второго курса, гормонотерапия проводилась перед хирургическим лечением. Второй этап – хирургическое лечение. Третий этап – адъювантная гормонотерапия в 1 й группе, независимо от лечебного эффекта, 2я группа – при лекарственном патоморфозе III IV степени (62,5%), при патоморфозе 0 II – адъювантная химиотерапия таксанами (37,5%), при HER 2 new положительным + герцептин (12%).

Результаты. Из 10 пациенток, 1 й группы, с положительным рецепторным статусом, полной регрессии ни у одной больной не было достигнуто, у 4 (40%) частичная регрессия, у 5 (50%) стабилизация процесса.

У 13 пациенток 2 й группы (52%) после проведения 4 до 6 курсов ПХТ отмечен положительный клинический ответ в виде полной регрессии у 5 и частичный у 8 пациенток. При этом отмечалось увеличение положительного эффекта в зависимости от увеличения количества курсов ХТ. Морфологически полный регресс опухоли был подтвержден у 4 пациенток (патоморфоз IV степени), у 5 – лечебный патоморфоз III степени, у 3 – II степени и у 1 – I степени. У 11 пациенток эффект лечения был признан недостаточным, им была дополнительно проведена лучевая терапия. После выполненной операции у 6 из них отмечался лечебный патоморфоз III IV степени, у 5 – I II степени. Суммарно клинический ответ был получен у 19 пациенток (76%), морфологически лечебный патоморфоз III IV степени отмечен у 15 (60%).

Выводы. Распространенные стадии РМЖ требуют предварительного лечения перед операцией. Таким образом, при отсутствии позитивного эффекта после второго курса не целесообразно продолжение химиотерапии (37,5% – 0 II ст. лекарственного патоморфоза). При нарастании регрессии опухоли число курсов может быть увеличено до получения максимального клинического эффекта (лимит токсичность). Обсуждается целесообразность продолжения неoadъювантной химиотерапии со сменой на таксаны или необходимость проведение операции с последующей адъювантной терапией таксанами при отсутствии клинического эффекта после 2 го курса САГ.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Шостка К. Г., Роман Л. Д., Богородский Д. Ю., Костюк И. П., Карачун А. М., Павленко А. Н., Федченко А. В.

Ленинградский областной онкологический диспансер; СанктПетербург, Россия

Цель исследования. Проблема хирургического лечения колоректального рака находится в центре внимания хирургов-онкологов прежде всего из-за возрастания частоты этого заболевания в развитых странах и в частности в России. Этот факт неизбежно влечет за собой возрастание удельного веса местнораспространенных форм рака, который по данным разных авторов может достигать 35% в структуре заболевания. Очевидно, что основным компонентом комплексного лечения данной категории больных является хирургическое вмешательство с соблюдением принципов онкологического радикализма – зональности и футлярности. Приблизительно 10% больных с местнораспространенным колоректальным раком имеют признаки прорастания опухоли соседних органов. Единственным возможным способом радикального вмешательства в данном случае следует считать выполнение мультивисцеральных резекций.

Результаты. В диспансере в период с 2005 по 2007 год выполнено 348 радикальных операций при местнораспространенных формах рака, что составило 42% от всех пациентов с колоректальным раком. В 52 (14,9%) случаях выполнялись комбинированные вмешательства в связи с вовлечением в опухолевый инфильтрат соседних органов и структур брюшной полости. Наиболее часто вовлекаемыми органами были: матка с придатками – 23%, влагалище – 19%, тонкая кишка – 34%, мочевого пузыря – 8%, брюшная стенка – 11%, мочеточник – 7,6%. В единичных случаях опухоль прорастала диафрагму, желудок, селезенку и почку. В 4 случаях (7,6%) в связи с распространенностью опухоли в малом тазу выполнены надлепаторные эвисцерации органов малого таза. У 18 пациентов (34%) выполнялась резекция двух и более соседних органов и структур. Послеоперационные осложнения возникли в 13% случаев, послеоперационная летальность составила 3,8% (умерли 2 пациента). При сравнении данных показателей с аналогичными в группе пациентов, которым выполнялись не комбинированные вмешательства достоверных различий не получено – 12,5% и 3,2% соответственно.

Выводы. Таким образом, выполнение комбинированных операций у пациентов с местнораспространенным колоректальным раком не ухудшает непосредственные результаты лечения. Считаем, что ключевым моментом при выполнении комбинированных вмешательств является четко отработанная методология операции, достаточный опыт вмешательств и техническое оснащение клиники, что и позволяет достигнуть удовлетворительных результатов.

ОБ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ

Шишло И.Ф., Матылевич О.П.

ГУ «РНЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова»; Минск, Беларусь

Цель исследования. Наметить подходы к рациональной антибактериальной терапии (АБТ) осложненных интраабдоминальных инфекций (ИАИ) у онкогинекологических больных путем изучения видового состава выделенных штаммов микроорганизмов и анализа чувствительности возбудителей к антибиотикам.

Материал и методы. Основным материалом исследования и верификации внутрибрюшной инфекции явилось содержимое брюшной полости, полученное во время операций и диагностических манипуляций. У 38 женщин с осложненными ИАИ (перитонит, внутрибрюшной абсцесс) при микробиологическом исследовании выделено 72 культуры микроорганизмов: грамотрицательных бактерий – 33 (45,8±5,9%), грамположительных – 34 (47,2±5,9%), грибов рода *Candida* – 5 (6,9±3,0%). Монокультур было 47, ассоциаций бактерий – 10. Оценку результатов чувствительности микроорганизмов к антибиотикам проводили с помощью анализатора АТВexpression «Vitek 32» (BioMerieux).

Результаты. Грамположительная и грамотрицательная микрофлора встречалась с одинаковой частотой. Среди грамположительных возбудителей более частыми были стафилококки, из них у 1/3 отмечалась устойчивость к оксацилину, что является показанием к использованию гликопептидов или линезолида в случае подтвержденной метициллинрезистентной инфекции. При выделении стафилококков, чувствительных к оксацилину, можно применять антистафилококковые пенициллины или другие бета-лактамы, линкозамиды, фторхинолоны. Средний уровень активности энтерококков к пенициллинам предполагает умеренную клиническую эффективность бета-лактамов. Антибиотиками выбора против энтерококков при осуществлении эмпирической терапии являлись ванкомицин и линезолид, к которым не было выделено резистентных штаммов среди тестированных бактерий. Кишечная палочка являлась одним из наиболее частых возбудителей. Высокоактивными препаратами против *E.coli* остается большинство бета-лактамов, включая карбапенемы, цефалоспорины III поколения и монобактамы, а также фторхинолоны и аминогликозиды кроме гентамицина. Те же антибиотики сохраняли высокую активность к другим энтеробактериям. Это свидетельствует об отсутствии среди бактерий кишечной группы гиперпродуцентов бета-лактамаз расширенного спектра и хромосомных бета-лактамаз класса С. Указанный факт, а также несущественная роль неферментирующих грамотрицательных бактерий в этиологии ИАИ не дают оснований к рутинному использованию карбапенемов.

Выводы. Данные о видовом составе и устойчивости выделенных бактерий дают возможность на этапе стартовой терапии применять препараты, обеспечивающие рациональную адекватную АБТ.

КОМБИНИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С СИНХРОННЫМИ И МЕТАХРОННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ

Рудаков В.А., Охотина Г.Н., Барышев А. Г., Каде А.Х., Рудакова О.В., Ермолин В.Н., Украинцева М.В., Бабенко Е.А., Рудаков А.В.

РЦФХГ; Краснодар. Россия

Цель исследования. Выбор оптимальной тактики и методов комбинированного лечения при колоректальном раке с метастазами в печень.

Материалы и методы. Выполнено 521 операция с очаговыми поражениями печени, из них 147 (28,22%) больных оперированы с метастазами колоректального рака. Синхронные метастазы наблюдались у 101 (68,7%) больных, метастазы выявлены, в течение от 3 месяцев до 6 лет, у 46 (31,3%) пациентов.

Локализация первичных очагов выявлена: в слепой кишке и восходящем отделе – у 49 (33,3%), в поперечно-ободочной – у 31 (21,09%), нисходящей – у 21 (8,16%), в сигмовидной и прямой кишке – у 55 (37,42%) больных.

Солитарные метастазы выявлены у 43 (29,25%), множественные – у 104 (70,75%) больных. Билобарное поражение наблюдалось в 91 (61,9%) случаях. Обширные резекции печени произведены у 68 (46,26%), из них у 16 (23,53%) симультантные операции. Три, би, сегментэктомии – у 79 (53,74%), из них у 65 (82,28%) симультантные операции. Расширенная правосторонняя гемигепатэктомия (РПГ) выполнена у 9 (6,12%) больных, без летальных исходов, из них у 1 (0,68%) симультантная. Правосторонняя гемигепатэктомия (ПГ) – у 29 (19,7%), из них у 4 (2,72%) симультантная, с 1 (0,68%) летальным исходом. Расширенная левосторонняя гемигепатэктомия (РЛГ) – у 7 (4,76%), из них 2 (1,36%) симультантная, с 1 (0,68%) летальным исходом. Левосторонняя гемигепатэктомия (ЛГ) – у 23 (15,64%), из них 9 (6,12%) симультантные операции без летальных исходов. Повторные операции на печени в связи с прогрессированием процесса произведены у 10 (6,8%) пациентов без летальных исходов, меньшего объема, но в более сложных условиях.

Из 68 обширных резекций – у 29 (19,73%) больных оставшиеся в культуре метастатические опухоли размерами от 0,7 до 3,7 см подвергнуты полной криодеструкции по разработанной нами технологии, аппаратами собственной конструкции.

Из 79 резекций печени меньшего объема симультантные операции выполнены у 35 (23,8%) больных. Из них передние и передне-боковые трисегментэктомии – у 11 (7,48%), би и сегментэктомии – у 24 (16,3%) пациентов, без летальных исходов. Из этой группы больных у 26 (17,69%) также выполнена криодеструкция не удаленных метастатических опухолей данных размеров.

Результаты. проведен анализ 3 летней выживаемости больных после резекции печени с учетом основных факторов прогноза. Трехлетняя выживаемость из 101 больного с синхронными метастазами наблюдалась у 42 (41,58%), при метастазах из 46 пациентов у 28 (60,87%) больных.

При обширных резекциях трехлетняя выживаемость наблюдалась у 32 (47,06%). При три-, би сегментэктомиях у 35 (44,3%) больных.

Заключение. Полученные результаты хирургического лечения больных с метастазами колоректального рака в печень подтверждают обязательное использование хирургического метода при данной патологии, как составной части комбинированного или комплексного лечения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ И КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ

*Рыбаков Е.Г., Шельгин Ю.А., Нечушкин М.И., Капуллер Л.Л., Маркова Е.В., Максимова Л.В.
ФГУ ГНЦК Росмедтехнологий; Москва, Россия*

Перианальная кожа составляет менее 0,2% от всех кожных покровов, а новообразования данной локализации являются редкими наблюдениями в клинической практике.

Цель исследования. Определить показания к хирургическому и комбинированному лечению больных с опухолями перианальной кожи.

Материалы и методы. с 1995 по 2008 годы в ГНЦ колопроктологии на лечении по поводу рака перианальной кожи находились 34 пациента (17 мужчин, 17 женщин), медиана возраста составила 53±14 (28-80) года.

Интраэпителиальные опухоли (ИО) были выявлены у 3 больных: 2 – плоскоклеточный рак (болезнь Боуэна) и 1 аденокарцинома (экстрамаммарная болезнь Педжета). У 31 больного опухоли были представлены инвазивным плоскоклеточным раком различной дифференцировки. У 4 (12,9%) больных опухоль классифицировалась как T1N0M0, у 17 (54,8%) как T2N0M0, у 3 – T3N0M0 и у 1 T4N0M0. Метастазы в паховые лимфоузлы (T1 4N1M0) были выявлены у 6 (19,4%) больных.

Результаты. Местное иссечение выполнено 3 больным с ИО и у 9 из 31 больного с инвазивным раком (T1 2N0 M0 n=8, T3N1M0 n=1). Во всех наблюдениях местное иссечение выполнено по поводу опухолей без признаков инвазии в наружный анальный сфинктер, за исключением одного случая (T3N1M0), где местное иссечение выполнено в связи с угрожающим жизни больного профузным кровотечением из гигантской распадающейся опухоли. У 6 пациентов послеоперационная рана была ушита, у двух для закрытия раневого дефекта применена V Y кожная пластика.

Послеоперационная ЛТ была назначена 2 пациентам.

Заживление ран первичным натяжением отмечено у 5 из 8 пациентов. От 2 до 48 месяцев прослежены 8 больных. В настоящее время рецидивы не выявлены.

У 16 больных (T3 4N0 1M0) проведена ЛТ СОД 60Гр, у 8 ХЛТ СОД 60Гр + кселода. В настоящее время ЛТ или ХЛТ завершена у 20 больных.

Полная регрессия опухоли достигнута у 15 (75%) из 20 больных. У 4 больных ЛТ привела к частичной регрессии (выполнена ВПЭ), у одного больного на фоне ЛТ отмечено прогрессирование забоевания.

У 3 в течение года развились рецидивы заболевания. Еще у 2 пациентов в поздние сроки возникли лучевые язвы промежности, потребовавшие отключения прямой кишки из пассажа кишечного содержимого с помощью сигмостомы. Таким образом, удовлетворительный результат ЛТ или ХЛТ (полная регрессия, локальный контроль и сохраненная анальная дефекация) достигнут у 10 (50%) больных.

Выводы:

1. Местное иссечение с или без послеоперационной ЛТ – метод выбора при опухолях перианальной кожи не вовлекающих в процесс анальный сфинктер;
2. V Y кожная пластика эффективный метод закрытия больших раневых дефектов перианальной кожи;
3. ЛТ или ХЛТ является методом выбора при лечении местнораспространенного рака перианальной кожи при вовлечении в процесс анального сфинктера.

ВИДЕОАССИСТИРОВАНИЕ ПРИ АБДОМИНОЦЕРВИКАЛЬНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА

*Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Алмардонов Р.Б., Имамов О.А.
Республиканский онкологический научный центр МЗ Рuz; Ташкент, Узбекистан*

Материалы и методы. С 2005 г в торакальном отделении видеоассистированная трансхиатальная лимфодиссекция средостения во время абдоминоцервикальной экстирпации пищевода (АЦЭП) по поводу рака выполнена 81 больному. Возраст больных колебался от 32 до 72 лет. Рак нижнегрудного отдела пищевода выявлен у 42 (51,8%) больного и среднегрудного отдела – у 39 (48,2%). Гистологическая структура опухоли: у 58 (71,6%) – плоскоклеточный рак, у 23 (28,4%) – аденокарцинома.

Результаты. Всем больным в положении на спине выполняли лапаротомию, устанавливали ранорасширители Сигала и диафрагмотомию по Савиних, выделяли среднюю и нижнюю трети пищевода. Лимфодиссекция средостения выполнялась под чресхиатальным видеоскопическим контролем с использованием эндохирургических инструментария и биполярной коагуляции. Удалялись следующие группы лимфоузлов: параэзофагеальные, задние медиастинальные, левые и правые паратрахеальные, бифуркационные, правые трахеобронхиальные. Остальные этапы абдоминоцервикальной экстирпации пищевода не отличалась от общепринятой техники оперирования – выполнялась гастропластика с проведением трансплантата через ложе удаленного пищевода, с наложением антирефлюксного эзофагогастроанастомоза на шею. Видеоскопический контроль значительно упрощал трансхиатальное выделение пищевода и лимфодиссекцию. Интраоперационная кровопотеря была 2 раза меньше, чем при традиционной экстирпации пищевода из трансхиатального доступа без применения видеоэндоскопического ассистирования. Каких либо осложнений при чресхиатальной видеоассистированной экстирпации пищевода не отмечено.

Выводы. Таким образом, применение чресхиатального видеоассистирования при абдоиноцервикальной экстирпации пищевода уменьшает время проведения операции, позволяет произвести визуальную тотальную лимфодиссекцию средостения и тщательный гемостаз. Применение методики позволяет уменьшить число интраоперационных осложнений.

РОЛЬ ТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПЛЕВРИТОВ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Авторы: Расулов А.Э., Кротов Н.Ф., Имамов О.А.

Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз; Ташкент, Узбекистан

Диагностика плеврального выпота, как такового, обычно не вызывает затруднений у клиницистов. Наиболее сложный вопрос его этиологическая верификация.

В торакальном отделении РОНЦ МЗ РУз, за период с 2000 по 2007 гг., 27 больным с гидротораксом неясной этиологии, для уточнения морфологической этиологии выполнена диагностическая торакоскопия. Возраст больных колебался от 21 до 69 лет, среди них 17 (62,9%) мужчин и 10 (37,1%) женщин.

Тщательное предоперационное комплексное обследование больных не дали информацию о гистогенезе гидроторакса. Из анамнеза выяснено, что всем больным до обращения в клинику РОНЦ проводилось длительное лечение у клиницистов различного профиля (у терапевта – 15 (55,5%), у фтизиатра – 7 (25,9%), у пульмонолога – 5 (18,5%)). Амбулаторное лечение получали – 18 (66,7%) больные, стационарное – 9 (33,3%). Всем больным, до обращения в клинику нашего центра, произведены были пункции плевральной полости от 6 до 30 раз в течении от 1 до 8 месяцев. Диагностическая торакоскопия являлась завершающим этапом диагностики. Все операции проводились под эндотрахеальным наркозом с раздельной интубацией бронхов.

На начальном этапе торакоскопии, в ходе ревизии, спаечный процесс различной степени выраженности выявлен у 7 (22%) из 27 больных, в том числе, в 2 случаях отмечена полная облитерация плевральной полости. В 21 случае выявлены патологические очаги в плевральной полости, взят материал для гистологического исследования. В 6 случаях осуществлена биопсия с разных точек утолщенной париетальной плевры. В момент операции и в послеоперационном периоде, каких либо специфических осложнений, связанных с методикой проведения торакоскопии, нами не выявлено.

По результатам диагностической торакоскопии и биопсии, морфологического исследования биоптата причинами плеврального выпота установлены: мезотелиома плевры у 15 (55,5%) больных; метастатический плеврит у 6 (22,2%) больных; неопухоловой плеврит у 6 (22,2%) больных;

Таким образом, значительное уменьшение послеоперационного болевого синдрома, а также сокращение длительности пребывания больного в стационаре после диагностической торакоскопии, позволяют уточнить правильный диагноз и своевременно начать этиотропное лечение.

К ВОПРОСУ О МЕТОДАХ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Тотиков В.З., Тотиков З.В., Зураев К.Э., Тотиков М.З.

Северо-Осетинская Государственная Медицинская Академия; Владикавказ, Россия

Цель исследования. Создание условий для проведения внутрибрюшной и внутритазовой химиотерапии и улучшение отдаленных результатов лечения больных раком прямой кишки, осложненным непроходимостью.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 32 больных (1 группа) которым выполнены радикальные операции с интраоперационной внутрибрюшной и внутритазовой химиотерапией, а также с последующей системной химиотерапией и 67 больных (2 группа), у которых использовался только хирургический способ. Первая стадия нарушения проходимости прямой кишки выявлена у 12 (37,5%) больных 1 группы и у 31 (46,3%) больного второй, вторая стадия у 11 (34,4%) пациентов 1 группы и 20 (29,8%) – второй, третья у 9 (28,1%) первой и 16 (23,9%) – второй группы. Больных с 4 стадией (перитонитом) в исследовании мы не включали. В обеих группах при первой стадии больные радикально оперировались в течение 7-10 дней после ликвидации явлений непроходимости и проведения предоперационной подготовки. При 2 и 3 стадиях на первом этапе накладывались проксимальные колостомы через минидоступ, радикальный этап с наложением анастомоза выполнялся также через 7-10 дней. Третий этап – закрытие стомы через 2,5-3 месяца. В первой группе радикальный этап дополнялся интраоперационной внутритазовой и внутрибрюшной химиотерапией. Для ее проведения использовался диализат митомицинаС в дозе 12 миллиграмм на один квадратный метр поверхности тела. Кроме того, всем больным первой группы в последующем через 3 недели после операции проводилась системная химиотерапия в режиме Мейо.

Результаты. В обеих группах летальных исходов не было, послеоперационные осложнения выявлены у 11,6% больных первой группы и 14,4% больных второй. Актуальная 3-летняя выживаемость в первой группе составила 89±5,4%, во второй – 68±4,8%.

Выводы. Проведение интраоперационной внутрибрюшной и внутритазовой химиотерапии, при использовании способа прогнозирования исхода декомпрессионной терапии и трехэтапных оперативных вмешательств с укороченным межоперационным периодом, не приводит к увеличению числа послеоперационных осложнений и летальных исходов, а также позволяет улучшить отдаленные результаты лечения.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Тотиков В.З., Тотиков М.З., Алборов О.С., Тотиков З.В.

Северо-Осетинская Государственная Медицинская Академия; Владикавказ, Россия

Цель исследования. Оптимизация хирургического подхода и различных комбинированных методов лечения рака ободочной кишки, осложненного острой кишечной непроходимостью.

Материалы и методы. В период 2000 по 2006 годы в клинике госпитальной хирургии находились на лечении 138 больных раком ободочной кишки. Клинически радикальные операции были выполнены 135 (97,5%) пациентам, которые вошли в исследование. Было 56 мужчины и 79 женщины; в возрасте от 31 до 79 лет, средний возраст – 59,6±5,7 лет. Из 135

(100%) пациентов I стадии отмечена у 32 (23,7%) больных, со II стадией – 59 (43,7%) пациентов, у 28 (20,7%) больных вошли в группу с III стадией, и госпитализированных с клиникой перитонита (IV стадия) было 16 (11,6%). Больные с I стадией оперированы в течение 7–10 дней, пациенты с 2 стадией – через 12–24 ч, при 3 стадии – через 6–12 ч, больные с клиникой перитонита (4 стадия) оперированы в течение 2–3 часов после предоперационной подготовки. Результаты. Только хирургическое лечение было предпринято у 82 (60,7%) больных. У 42 (31,1%) больных были выполнены оперативные вмешательства в сочетании с интра-внутрибрюшной химиотерапией с ранней послеоперационной системной и последующей химиотерапией. У 11 (8,1%) пациентов была проведена неоадьювантная системная химиотерапия с последующем через 7 дней проведением операции, которая была дополнена интраоперационной внутрибрюшной химиотерапией в сочетании с ранней системной полихимиотерапией. Послеоперационные осложнения были у 21 (15,6%) пациента, при этом комбинированное лечение не приводило к их росту. Летальность составила 6,9%. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения показал, что 5летняя выживаемость в этой группе составила 57,6±5,4%. Показатель 5летней выживаемости при выполнении комбинированного лечения составил 76,9±7,2%.

Выводы. Анализ результатов показывает, что применение комбинированных методов лечения не приводит к увеличению количества послеоперационных осложнений и летальных исходов по сравнению с хирургическим лечением. Отдаленные результаты лечения свидетельствуют о том, что комбинированный метод позволяет улучшить показатели выживаемости больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ И КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ СТАРШЕ 70 ЛЕТ

Фомин А. Ю., Власов В. В., Новохатский И. А.

Онкологический клинический диспансер №1; Москвы, Россия

Цель исследования. Рак прямой кишки значительно чаще встречается у лиц пожилого и старческого возраста. Средний возраст больных раком прямой кишки составляет 65–67 лет. В Москве заболеваемость раком прямой кишки в возрастной категории старше 75 лет достигает 126 на 100 тыс. населения. Проводимый анализ сопутствующей патологии у пациентов старше 70 лет, выявляет наличие выраженных нарушений со стороны сердечнососудистой и дыхательной систем. Серьезные сопутствующие заболевания, снижение функциональных и компенсаторных возможностей организма в целом приводят порой к необоснованному отказу от радикального лечения у данной категории пациентов.

Материалы и методы. С 1994 по 2006 год в колопроктологическое отделение ОКД №1 поступило 472 первичных больных раком прямой кишки старше 70 лет. Мужчин было 195 (41,3%), женщин – 277 (58,7%). Каждый из пациентов имел не менее 2 серьезных сопутствующих заболеваний, а почти 80% страдали 3 и более хроническими заболеваниями. 35 пациентам (7,4%) было отказано в операции вследствие выраженности сопутствующей соматической патологии или ее декомпенсации. В 7 (1,5%) случаях от операции воздержались из-за генерализации опухолевого процесса. По различным причинам от лечения самостоятельно отказался 21 больной (4,4%). Таким образом, операции выполнены 407 пациентам. Из них радикальными оперативными вмешательствами были у 299 (73,5%).

Результаты. Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки выполнена 118; чрезбрюшинная резекция прямой кишки – 94; передняя резекция – 20; операция Гартмана – 52 пациентам. При T1 трансанальное удаление опухоли выполнено 15 пациентам, эндоскопическое удаление – 10. Колостомии выполнены 98 (24%) больным. Такой объем оперативного вмешательства у 62 больных обусловлен местной или общей распространенностью опухолевого процесса. У 36 пациентов выполнить радикальную операцию не позволяло общее состояние пациента, вызванное декомпенсацией сопутствующей соматической патологии. 156 (33,1%) пациентам проведено комбинированное лечение с использованием предоперационной и/или послеоперационной лучевой терапии. Среди них 74 пациентам проводилась предоперационная гамма-терапия с применением методики интенсивного облучения в СОД 15–25 Гр, 60 – послеоперационное облучение в режиме классического фракционирования дозы СОД 40–44 Гр. Еще 22 пациентам после наложения колостомы проведена лучевая терапия по радикальной программе. Адекватный подбор метода анестезиологического пособия, проведения предоперационной подготовки и ведения послеоперационного периода, позволил выполнить радикальные операции подавляющему большинству гериатрических больных. Послеоперационные осложнения возникли у 43 (10,6%) из 407 оперированных больных. В послеоперационном периоде от различных причин умерли 15 пациентов. Послеоперационная летальность составила 3,7%.

Выводы. Индивидуальный подход к составлению плана лечения позволяет проводить пациентам старческого возраста хирургическое и комбинированное лечение с хорошими непосредственными результатами.

СОХРАНЕНИЕ ТОПИЧЕСКОЙ ИННЕРВАЦИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ВО ВРЕМЯ РАСШИРЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ

Воздвиженский М.О.

Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина, г. Самара, Россия

Цель исследования. Клиническая оценка эффективности применения собственной методики операции при раке желудка, сохраняющей иннервацию билиарного тракта.

Материалы и методы. Оперировано 23 пациента. Им была выполнена расширенная D2 – D3 гастрэктомия. В контрольной группе было 22 пациента, которым при выполнении лимфодиссекции в едином блоке иссекались нервы печеночного сплетения. Двигательную активность и резервуарную функцию желчного пузыря исследовали через год после операции. Для визуализации функции желчного пузыря и желчевыводящих путей применяли динамическую радионуклидную скintiграфию с 60–80 мБк Tc99mбромезида. Функции гепатобилиарной системы оценивали по стандартным показателям, согласно кривым «активность – время» с зон печени, желчного пузыря, петли двенадцатиперстной кишки и фона. Результаты. Продолжительность операций в 1й группе была на 26±12 минут больше, чем время выполнения стандартных гастрэктомий, сокращаясь по мере отработки методики. Количество послеоперационных осложнений в обеих группах было 21,7% и 22,7%, соответственно. Структура их была однообразна. У 22 (95,6%) пациентов в исследуемой группе тип опорожнения желчного пузыря был нормотоническим. Время максимального накопления радиофармпрепарата в желчном пузыре составило 35,1±12,4 минуты, латентное время – 10,7±3,7 минуты. Сократительная способность равнялась 49,5±5,4%, что соответствует границам нормы. Время появления радиофармпрепарата в кишечнике составило 34,4±10,5 минуты. Из 22 пациентов после стандартной гастрэктомии, у 17 (77,2%) отмечено снижение моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря и, вместе с тем, ускорение пассажа радиофармпрепарата по тонкой кишке, что сопровождалось теми или иными

проявлениями демпинг-синдрома. В кишечнике радиоиндикатор появлялся через 21,4±6,9 минуты, что косвенно указывает на гипофункцию сфинктера Одди. Время максимального накопления было снижено, и составило 27,2±9,8 минуты. Латентное время - 10,1±2,0 минуты.

Заключение. Сохранение элементов печеночного сплетения существенно не увеличивает время операции и количество послеоперационных осложнений, а результаты свидетельствуют, что сохранение иннервации гепатобилиарной зоны способствует нормальному содружественному функционированию желчного пузыря, желчных протоков и регулирующих желчевыделение сфинктеров.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ БРЮШНО-АНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ С НИЗВЕДЕНИЕМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В АНАЛЬНЫЙ КАНАЛ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Гончаров А.Л., Корнев Л.В., Разбирин В.Н., Виноградов Ю.А.

Цель исследования. Разработать методику выполнения лапароскопической брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением ободочной кишки в анальный канал у пациентов больных раком прямой кишки.

Материалы и методы. С 1995 по 2005 год выполнено 65 операций (46 женщин, 19 мужчин). Средний возраст больных составил 58 лет (2976 лет). Распределение по стадиям процесса I - 6, II - 37, III - 18, IV - 4. У 62 пациентов нижний край опухоли располагался на расстоянии 5-13 см от ануса, у остальных 3 выше этого уровня. Операцию начинали типично с выделения и пересечения нижнебрыжеечных сосудов у основания. Для обеспечения достаточного питания низведенных отделов кишки выполнялась мобилизация нисходящей, селезеночного изгиба и\или поперечной ободочной кишки. Прямая кишка выделялась до леваторов, отсекалась над анальным каналом на выбранном уровне через ограниченный разрез тканей задней промежности. Мобилизованная кишка выводилась из полости таза до уровня пересечения нижнебрыжеечных сосудов. После удаления кишки на избранном уровне ободочная кишка низводилась в анальный канал (42 сигмовидная, 23 поперечная). Анастомоз формировался по одному из методов: эвагинация по Бэкону, первичный анастомоз.

Результаты. Не возникло технических трудностей при мобилизации левых отделов ободочной и прямой кишки с применением ЛТ. Средние затраты времени составили 202 мин. Конверсия в 2х случаях (3%) изза угрозы перфорации опухоли. У 9 (13,8%) больных выполнена минилапаротомия для удаления mts из печени - 3, для улучшения условий мобилизации ограниченно подвижной опухоли - 6. Двум больным были наложены превентивные трансверзостомы. При возникновении нарушения трофики краевых отделов низведенной кишки выполняли отсроченную трансверзостомию у 10 пациентов (15,4%). У 3 больных (4,6%) при значительном нарушении питания низведенной кишки выполнены лапаротомии, у двоих больных с низведением вышележащих отделов. В последующем всем больным выполнена ликвидация трансверзостомы в сроки 3-6 месяцев. Умерло двое больных (3,0 %) причиной послужил перитонит в одном случае, в другом декомпенсация сахарного диабета.

Заключение. Лапароскопические технологии позволяют выполнять сфинктеросохраняющие операции при низком раке прямой кишки, используя все достоинства ЛТ с уровнем осложнений сопоставимым с открытыми операциями.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ОПУХОЛЕВЫХ МАРКЕРОВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕТАСТАЗОВ И РЕЦИДИВОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Майстренко Н.А., Курыгин Ал.А., Хрыков Г.Н.

Военно-медицинская академия, СанктПетербург, Россия

Цель исследования. Изучены возможности лабораторной диагностики метастазов и рецидивов колоректального рака с помощью опухолевых маркеров, определяемых в сыворотке крови иммунохимическим методом.

Материалы и методы. У 94 пациентов с различной локализацией рака толстой кишки через каждые 6 месяцев после радикальной операции определялись показатели ракового эмбрионального антигена, углеводных антигенов 199 и 242 методами электрохемилюминесценции (РЭА и СА 199) и твердофазного иммуноферментного анализа (СА 242). Сроки наблюдения составили от 6 месяцев до 5 лет, при этом половина больных прослежена более 2 лет после операции. Каждые полгода пациентам выполнялись рентгенологические и эндоскопические методы исследования, ультрасонография и спиральная компьютерная томография.

Результаты. По результатам наблюдений больные были разделены на две группы. В первую вошли пациенты (81), у которых произошла нормализация онкомаркеров в течение 18 месяцев после операции. Во вторую группу были включены 13 больных, у которых показатели опухолевых маркеров или оставались высокими в течение 18 месяцев, или к этому сроку произошло их повторное увеличение. Результаты послеоперационного мониторинга оказались противоположными в представленных группах наблюдений. Так, среди 81 пациента первой группы не установлено ни одного случая прогрессирования или рецидива рака толстой кишки. Напротив, среди 13 больных, у которых онкомаркеры не нормализовались в сроки до 18 месяцев, в 10 случаях диагностированы отдаленные метастазы или экстраорганный рецидив колоректального рака. В трех случаях из 13 при комплексном обследовании через каждые 6 месяцев не было выявлено какой-либо онкологической патологии.

Выводы. Таким образом, нормальная концентрация всех опухолевых маркеров через 18 месяцев после хирургического вмешательства является практически достоверным признаком отсутствия метастазов и рецидива рака толстой кишки. Постоянное повышение в течение 18 месяцев после операции или повторное увеличение к этому сроку показателей одного, двух или трех онкомаркеров свидетельствуют о наличии отдаленных метастазов или рецидива колоректального рака с вероятностью 76,9%.

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Шишло И.Ф., Мавричев С.А.

ГУ «РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова», Минск, Беларусь

Цель исследования. Для улучшения непосредственных результатов лечения злокачественных новообразований внутренних половых органов изучить основные причины, обуславливающие развитие осложненных интраабдоминальных инфекций (ИАИ).

Материал и методы. В период с 2000 по 2006 г. в онкогинекологических отделениях находилось на лечении 40 пациенток с ИАИ в возрасте от 33 до 79 лет. Средний возраст – 55,5±13,0 года. Характер полостных нагноений соответствовал осложненным ИАИ, представленным перитонитом (n=30) и внутрибрюшным абсцессом (n=10). Все больные были взяты на операцию с установленным или предполагаемым злокачественным новообразованием внутренних половых органов. В процессе вмешательства и последующего морфологического исследования у 37 женщин (92,5%) было подтверждено наличие злокачественной опухоли, у 2 (5,0%) диагностированы предопухолевые заболевания яичников (с панкреонекрозом у одной пациентки) и у одной (2,5%) – туберкулез брюшины.

Результаты. На основании анализа клинического материала установлены следующие причины развития осложненных ИАИ в онкогинекологии: 1) острые гнойно-воспалительные заболевания органов брюшной полости, ассоциированные со специальным противоопухолевым (лучевым, химиолучевым, хирургическим) лечением и осложнениями основного заболевания – 32,5%, из них – несостоятельность швов полых органов в раннем периоде после комбинированных операций – 23,1%; 2) инфицирование брюшной полости в процессе плановых и отсроченных операций при неадекватном дренировании – 25,0%; 3) экзогенная микробная контаминация и инфицирование брюшной полости при лапароцентезе у иммуносупрессивных больных – 12,5%; 4) нагноение внутрибрюшных гематом или забрюшинных лимфокист в позднем послеоперационном периоде после гистерэктомии по Вертгейму – 12,5%; 5) ранения кишечника при лапароцентезе или во время операции, прошивание мочеочника в процессе остановки кровотечения – 10,0%; 6) острые воспалительно-деструктивные заболевания органов брюшной полости (перитонит, панкреонекроз, др.), не связанные с новообразованием и противоопухолевым лечением – 7,5%.

Вывод. Изучены наиболее вероятные причины развития осложненных ИАИ, ухудшающих показатели комбинированных и комплексных методов лечения рака шейки, тела матки и яичников.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКЕ ПОСЛЕ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ

Адамян А.А.

ФГУ Институт хирургии им.А.В. Вишневского Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель. В Институте хирургии им А.В.Вишневского накоплен опыт хирургического лечения 22 больных, страдающих десмоидной фибромой (19 пациентов) и фибросаркомой (3 пациента) передней брюшной стенки. У одного из больных фибросаркомой опухоль была первичной, у двух других – рецидивной. В обоих наблюдениях при первичных операциях, перенесенных по месту жительства, диагностированы десмоидные фибромы, при операциях в Институте хирургии – фибросаркомы, что позволяет предположить возможность трансформации десмоидов в фибросаркому при рецидивном росте опухоли.

Материалы и методы. Среди больных было 20 женщин и 2 мужчин. Возраст больных колебался от 13 до 45 лет. Из 22 больных по поводу рецидивов – 14 (63,6%). У 3 из 19 больных (15,8%) десмоидными фибромами опухоль была первично множественной, поражающей в 2 наблюдениях помимо брюшной стенки брыжейку кишки, в 3ем наблюдении – длинные мышцы спины и большую зубчатую мышцу, а также – грудинноключично-сосцевидную мышцу. Все 22 больных были оперированы. При распространении опухоли в пределах мышечных футляров и интактности кожи, ее старались сохранить. В случаях поражения кожи десмоидной фибромой или саркомой, а также при рецидивных новообразованиях кожу иссекали широко отступая от опухоли или от послеоперационного рубца на 7 см. (у 15 пациентов), так как при рецидивах заболевания опухоль особенно интенсивно распространяется в толще послеоперационного рубца. Дефекты, образовавшиеся после окончательной резекции брюшной стенки у 18 больных составляли 400–600 см², у 2 – 600–800 см² и у 2 других – более 900 см². В случаях поражения десмоидной фибромой подвздошных мышц у 3 пациенток вместе с мышцей и опухолью была удалена паховая связка, которую восстанавливали сетчатым эндопротезом. В трех других наблюдениях была выполнена одномоментно резекция кишки по поводу абдоминального узла при первично множественном десмоиде и при метастазе саркомы в брыжейку подвздошной кишки.

Результаты. Результаты хирургических вмешательств изучены у 18 пациентов в сроки от 5 и более лет и у 4 пациентов – в сроки от 2 до 5 лет. Из 19 пациентов десмоидными фибромами местные рецидивы заболевания имели место у 8 больных, из них только у одной – после первично выполненной операции. У остальных 7 больных заболевание повторилось у лиц, оперированных по поводу рецидивных опухолей. Одна из них погибла через 2 года от полисерозита и сердечнососудистой недостаточности. Из трех пациентов, оперированных по поводу фибросарком, у двоих имели место рецидивы. Оба они погибли через 1 и 2 года после операции от генерализации процесса. Третий больной, оперированный по поводу первичной опухоли, жив спустя 9 лет после операции. Данных за рецидив заболевания у него нет, прибавил в весе на 12 кг.

Выводы. Опыт клинического применения комбинации перечисленных полимерных материалов позволил во всех без исключения наблюдениях полноценно закрыть обширные сквозные дефекты брюшной стенки после удаления десмоидных фибром и сарком. Хирургическое лечение больных с десмоидными фибромами саркомами передней брюшной стенки следует выполнять в специализированных учреждениях, имеющих опыт лечения онкологических больных и высокую квалификацию по пластическим операциям и имплантационным полимерным материалам.

АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ОНКОХИРУРГИИ

СТРЕСС-ЛИМИТИРУЮЩАЯ КОРРЕКЦИЯ КАК КОМПОНЕНТ ТОТАЛЬНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЛЕГКОГО

Туманян С.В., Попова Е.В.

Ростовский научноисследовательский онкологический институт; Ростов-наДону, Россия

Цель исследования. Повышение качества анестезиологического обеспечения при хирургическом лечении больных раком легкого путем активации стресслимитирующих систем организма.

Материалы и методы. Исследования проведены у 52 больных в возрасте $58 \pm 3,4$ лет, оперированных по поводу рака легкого. Контрольную группу составили 14 больных, оперированных в условиях тотальной внутривенной анестезии. Основную – 38 больных, анестезиологическое пособие которых, в зависимости от вегетативного статуса и типа гемодинамики, дополнялось различными дозами даларгина, веропамила и актовегина. Изучена активность перекисного окисления липидов, цитокинового статута и гормонального профиля. Исследования проведены до операции (1 этап), на травматичном этапе операции (2 этап), через 3 часа после окончания операции (3 этап).

Результаты. Результаты обработаны методом вариационной статистики, пакета программ «Statistica 6,0». Результаты исследований показали, что участие синтетического лейэнкефатина и антагонистов кальция в реализации стресслимитирующих процессов, в сочетании с цитопротекцией актовегином, способствует нормализации нейровегетативных функций организма и гемодинамики, стабилизации системы перекисного окисления липидов, цитокинового каскада и гипоталамо-надпочечниковой системы.

Выводы. Таким образом, патогенетическое использование даларгина, веропамила и актовегина в составе ТВА, в зависимости от типа гемодинамики и нейрорегуляции, позволяет активизировать стресслимитирующие системы, тем самым, повышая качество анестезиологического обеспечения хирургического лечения больных раком легкого.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБШИРНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Мальшев Ю.П., Долмова К.А.

ГОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет, «ФГУ Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии Росздрава»; Краснодар, Россия

Цель исследования. Усовершенствование технологий анестезиологического обеспечения при обширных онкологических операциях на органах ЖКТ у больных с сопутствующими ССЗ.

Материалы и методы. Основные положения оптимизации анестезиологического обеспечения разработаны при обследовании 160 больных, в возрасте от 40 до 75 лет, прооперированных по поводу онкозаболеваний ЖКТ, имеющих ИБС или АГ. Предложены технологические элементы надежной анестезиологической защиты больного по шкале ASA, индексу Detsky Eagle.

Результаты. При низком риске дополнительное обследование не требуется. Наличие высокого риска развития осложнений ИБС требует оптимального предоперационного лечения. При умеренном риске может быть показано проведение неинвазивных нагрузочных проб. Предоперационная подготовка и продолжение терапии АГ и ИБС. Выбор премедикации, анестезии и дополнительных стресспротекторных компонентов. Искусственная вентиляция легких в режиме нормо- или легкой гипервентиляции. Мониторинг изменений гемодинамики, мониторинг газообмена, температуры тела, диуреза, глубины анестезии. Поддержание оптимального артериального давления, нормотермии, гемоглобина выше 90 г/л, Ht >27%, предотвращение тахикардии и электролитных нарушений. Оптимальная периоперационная инфузионная терапия. Эффективное послеоперационное обезболивание. Обеспечение послеоперационного мониторинга. Рациональная послеоперационная инфузионно-трансфузионная терапия. Продолжение лечения АГ и ИБС. Профилактика функциональной кишечной непроходимости и послеоперационного панкреатита.

Выводы. Таким образом, предложены основные элементы анестезиологического обеспечения онкологических операций на ЖКТ у больных с ИБС и АГ на этапе преднаркозной оценки функционального состояния, подготовки к операции, обезболивания и интенсивного послеоперационного лечения.

ВЫБОР АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ БРАХИТЕРАПИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Петрова М.В., Шевченко А.Н., Смелянец С.В., Болихова Н.А.

Российский научный центр рентгенодиологии; Москва, Россия

Проведена сравнительная оценка эффективности внутривенной и спинальной анестезии при брахитерапии предстательной железы у 151 больного. Средний возраст больных $74,4 \pm 3,1$ года. Сопутствующая патология выявлена у 85% больных. Категория физического статуса больных – 3-4 ст. по ASA у 80% больных. В 1 группе (n=46) брахитерапия выполнена под внутривенной анестезией, во 2 группе (n=105) – под спинальной анестезией. У больных 1 группы индукцию осуществляли пропофолом $2,4 \pm 0,6$ мг/кг и фентанилом 2 мкг/кг, поддержание анестезии – пропофолом и фентанилом $2,0 \pm 0,6$ мг/кг и $1,8 \pm 0,3$ мкг/кг соответственно. У больных 2 группы применяли спинальную анестезию: маркаин спинал 10-15 мг и пропофол $2,0 \pm 0,6$ мг/кг. Всем больным 2 группы проводилась профилактика гипотензии растворами кристаллоидов 800-1200 мл за 30 минут до вмешательства. Оценивали эффективность обезболивания, скорость пробуждения, комфортность работы хирурга, наличие послеоперационных осложнений. Обезболивание и седация были одинаково эффективны в обеих группах, но у больных 1 группы доза пропофола оказалась достоверно выше, чем у больных второй группы (350 ± 50 и 200 ± 20 мг соответственно). Во 2 группе спинальная анестезия была достаточной.

Пробуждение и адекватность сознания наблюдали сразу после окончания брахитерапии. В 1 группе в 12% случаев отмечали длительную медикаментозную седацию, требующую анестезиологического наблюдения в течении 2-3 часов. У больных 2 группы отмечалось отсутствие движений в нижних конечностях, что предотвращало ошибки расчетов дозы и миграцию положения источников излучения. У больных 1 группы отмечали произвольные движения в нижних конечностях, что в 7%, случаев привело к ошибкам дозиметрического планирования. В 1 группе в 15% случаев наблюдали угнетение самостоятельного дыхания. У больных 2 группы сохранялось адекватное самостоятельное дыхание. Статистически значимых различий в гемодинамических параметрах не обнаружено.

Спинальная анестезия является методом выбора при брахитерапии предстательной железы у пожилых больных. Метод обеспечивает адекватную анестезию, комфортную работу хирурга и быстрое восстановление больного после проведения процедуры, что позволяет его использование в стационаре одного дня и в амбулаторной практике.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Исаев В.П., Черный В.И., Исаева С.В.

Донецкий областной противоопухолевый центр; Донецк, Украина

Цель исследования. Повышение эффективности лечения и качества жизни (КЖ) онкологических больных с хроническим болевым синдромом (ХБС) за счет усовершенствования методов регионарной анестезии в сочетании с гипербарической оксигенацией (ГБО). Представлены материалы клинических исследований 15 больных с локализацией опухолевого процесса в области языка, гортани, гайморовой пазухи, головного мозга с выраженным болевым синдромом. Контрольная группа (8 больных) – лучевая терапия в сочетании с парентеральным введением анальгетиков. Основная группа (7 больных) – ионизирующее излучение в сочетании с продленной эпидуральной анальгезией (ПЭА) на уровне Ст-С₁ и ГВО. Оценка КЖ проводилась по шкале физической активности (ШФА) и шкале Карновского (ШК), показателям ССС и дыхания, выраженностью побочных реакций.

Хороший результат отмечен у 4 больных основной группы, что вдвое выше показателей контрольной группы и характеризуется улучшением КЖ по ШФА на 1-2 балла, ШК на 10-20%, стабильными показателями ССС и дыхания, отсутствием болевого синдрома и побочных реакций. Удовлетворительный результат у 2 больных основной группы против 3 контрольной. Проявляется стабильными гемодинамическими показателями и КЖ, снижением болевого синдрома на 50-70% от исходного уровня, умеренно выраженными побочными реакциями. Неудовлетворительный результат получен у 1 больного основной группы, что втрое ниже показателей контрольной группы. Проявляется ухудшением КЖ по ШФА на 1-2 балла и ШК на 10-20%, болевой синдром на уровне 70-80% от исходного уровня, нарастанием ССС и дыхательной недостаточности, выраженными побочными реакциями. ПЭА в сочетании с ГБО применяется в комплексном лечении ХБС, когда традиционные методы малоэффективны. Лучевая терапия в сочетании с ПЭА и ГБО, позволяет улучшить общее состояние и качество жизни пациентов.

ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГА

Уклонский А.Н., Левитэ Е.М., Стерлин Ю.Г.

ГОУ ВПО Московский государственный медикостоматологический университет, Кафедра анестезиологии и реаниматологии МГМСУ; Москва, Россия

Цель исследования. Создание методики определения параметров центральной гемодинамики и газообмена путем малоинвазивных методов исследования. Мониторинг со стандартным набором модулей до недавнего времени удовлетворял потребности анестезиологов, работающих с тяжелыми больными онкологического профиля. Информация о SpO₂, FetCO₂, ЭКГ, ФПГ, параметрах вентиляции легких, FiO₂, концентрации летучих анестетиков во вдыхаемой смеси – считалась и, в большинстве случаев, считается достаточной для наблюдения за больным в течение наркоза, для быстрой диагностики осложнений, выявления неисправностей наркотического и дыхательного аппаратов, для контроля за результатами лечебных мероприятий. Несмотря на это, все чаще возникает необходимость в дополнительной информации о показателях центральной гемодинамики, газообмене, волевическом статусе, показаниях к инфузионной терапии, наконец, о динамике показателей гомеостаза в ответ на лечение. Потребность в этой информации возрастает пропорционально росту квалификации анестезиологов и освоения ими уже имеющейся информационной базы.

Материалы и методы. Исследования проводились во время операций у 86 пациентов с различной онкологической патологией на базе ЦКБ №2 имени Н.А. Семашко ОАО «РЖД» г. Москвы. Мы применили эталонную методику, основанную на принципе Фика, использующего измерение интенсивности образования и выделения CO₂. Для измерения фракции сердечного выброса по этой методике нужны всего три величины: PaCO₂, PvCO₂ и выделение CO₂ с выдыхаемым газом в минуту. Измерение первых двух величин проблемы не составляет, для получения третьей величины измеряли среднюю концентрацию CO₂ в газе нескольких выдохов и умножали на минутный объем альвеолярной вентиляции (по данным расходомера). Была разработана специальная программа, которая позволяла дальнейшие вычисления не только СВ, но и других показателей центральной гемодинамики и газообмена поручать компьютеру. Таким образом, мы получали необходимую информацию сразу после введения в компьютер данных текущих измерений. Эти сведения, полученные с помощью сравнительно доступной методики, позволяли быстро разобраться в клинической ситуации и выбрать рациональные методы лечения.

Результаты и выводы. Практическое использование описанного блока информации показало возможность с помощью малоинвазивных методов оснащать анестезиолога общехирургической клиники сведениями, достаточными для точной диагностики статуса больного и предотвращения возможных осложнений, и подтвердило важнейшее значение информации для быстрого совершенствования врачей в сложной специальности анестезиолога-реаниматолога.

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ОНКОХИРУРГИИ

Нехаев И.В., Свиридова СП, Ломидзе С.В, Баландин В.В, Сытов А.В, Жужгинова О.В.

Отделение реанимации и интенсивной терапии № 1 Российский Онкологический Научный Центр им. Н.Н.Блохина РАМН; Москва, Россия

Основная задача инфузионной терапии раннего послеоперационного периода восстановить и поддерживать адекватную тканевую перфузию. Только в этих условиях происходит восстановление функций органов и систем, улучшаются процессы репарации, и снижается количество осложнений у больных, перенесших обширные хирургические вмешательства.

При определении состава и объема инфузионной терапии необходимо учитывать особенности онкохирургии, такие как: обширная тканевая мультиорганная травма, лимфодиссекция, объем кровопотери и длительность оперативного вмешательства. Эти особенности определяют следующие требования к инфузионной терапии:

1. Способность эффективно восстанавливать и поддерживать ОЦК.
2. Минимизировать перемещение жидкости во внесосудистое пространство, приводящее к развитию интерстициального отека и, прежде всего, ОПЛ/ОРДС.
3. Отсутствие отрицательного влияния на систему гемостаза.
4. Отсутствие трансфузионных и анафилактических реакций.

Инфузионная терапия состоит из коллоидных и кристаллоидных растворов, назначаемых в соотношении от 1:1 до 1:3. В качестве коллоидных растворов используются растворы: ГЭК (130/0,4 и 200/0,5), концентрированный (!) 20% альбумин, гораздо реже – декстраны (60 и 40). Объемы вводимых за сутки коллоидных растворов составляют: 500–1500 мл – для ГЭК, 300–500 мл – для альбумина, 400–800 мл – для декстранов. Все используемые коллоидные растворы отвечают поставленным выше требованиям.

Проведение инфузионной терапии в раннем послеоперационном периоде невозможно без постоянного мониторинга, обеспечивающего контроль эффективности и безопасности проводимого лечения. Методами контроля являются: гемодинамический мониторинг: АД, ЧСС, ЦВД, центральная гемодинамика (при помощи инвазивных – катетер Сван-Ганса или неинвазивных – монитор NICO, методов); контроль жидкостного баланса (инфузия/потери) за сутки; определение уровня коллоидно-осмотического давления (КОД); определение показателей кислотнощелочного и газового состава крови; контроль свертывающей системы крови.

Программу инфузионной терапии можно считать эффективной при достижении следующих условий: достаточный уровень преднагрузки (ЦВД: 4–7 мм.рт.ст.), отсутствие легочной гипертензии, системной гипотензии и тахикардии; слаболожительный баланс жидкости; уровень КОД: 22–25 мм рт.ст; при этом уровень ДЗЛК <18 мм рт.ст. уровень плазменного лактата <2 ммоль/л, коэффициент оксигенации (РаОг/ИОг) >300, отсутствие электролитных нарушений, декомпенсированного ацидоза или алкалоза; нормокоагуляция, уровень гематокрита около 30%.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДОРМИКУМА В АНЕСТЕЗИИ ПРИ ТОРАКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

Уклонский А.Н., Маслова Т.И.

НУЗ ЦКБ №2 им. Н.А.Семашко ОАО РЖД; Москва, Россия

Цель исследования. Сравнительный анализ различных видов анестезии при проведении торакальных операций. Адекватное анестезиологическое пособие при торакальных операциях является одним из ключевых звеньев в профилактике развития возможных послеоперационных легочных, кардиальных, желудочно-кишечных осложнений. В последние годы появились препараты, обеспечивающие управляемую седацию и позволяющие максимально быстро пробуждать больного и переводить на адекватное самостоятельное дыхание. К ним можно отнести мидазолам (Дормикум) из группы бензодиазепинов, характеризующийся быстрым началом действия и короткой длительностью, что делает препарат легкоконтролируемым компонентом анестезиологического пособия. Антероградная амнезия обеспечивает устранение интра- и постоперационного стресса подвергшихся оперативному вмешательству.

Материалы и методы. Был проведен анализ течения анестезии и раннего послеоперационного периода у 132 больных в пяти группах с эпидуральной анестезией в грудном отделе позвоночника.

Результаты и выводы. Анализируя показатели гемодинамики и дыхания как в интра-, так и в послеоперационном периоде, а также учитывая возможность ранней экстубации больного, мы пришли к выводам о наиболее оптимальной комбинации препаратов при проведении операций на грудной клетке. Применение при седации соединения 2х групп препаратов: бензодиазепина (дормикум) и гипнотика (диприван), а также использование эпидуральной анестезии в грудном отделе для обеспечения максимальной ноцицептивной защиты во время операции, делает анестезию управляемой и безопасной. Наличие специфического антагониста бензодиазепинов (анексата) обеспечивает своевременное и быстрое пробуждение больного после операции.

КРОВОПОТЕРЯ ПРИ ТОРАКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

Левитэ Е.М., Вельшер Л.З., Уклонский А.Н.

ГОУ ВПО Московский государственный медикостоматологический университет, Кафедра онкологии и лучевой терапии, Кафедра анестезиологии и реаниматологии; Москва, Россия

Цель исследования. Профилактика гиповолемии, связанной с операционной кровопотерей. Лечение операционной кровопотери в торакальной онкологии было и остается одной из приоритетных задач, составляющих понятие: «анестезиологическое обеспечение». Создание условий для стабильной циркуляции адекватного газообмена является основой обеспечения гомеостаза для больного.

Материалы и методы. Измерение операционной кровопотери проводили при выполнении 288 операций у больных с опухолями легких (181), средостения (24) и пищевода (83). Возмещение операционной кровопотери проводили кристаллоидными и коллоидными растворами (с учетом коэффициента замещения), плазмой, консервированную кровью (при снижении Ht до 20%). Темп и объем кровезаменителя поддерживали на уровне темпа и объема операционной кровопотери. Динамика операционной кровопотери при выполнении операций по поводу опухолей легкого и средостения заметно не отличается от таковой у больных раком пищевода, но больные раком пищевода, как правило, более чувствительны к кровопотере, что связано с алиментарными нарушениями и дефицитом гидратации тканей.

Результаты и выводы. Постоянное определение операционной кровопотери с помощью измерения динамики суммарного веса стерильного и смоченного кровью раны материала дает достаточную информацию для адекватного лечения кровопотери при онкологических, торакальных операциях. Кровозамещение на основе постоянной информации о внешней кровопотере дает возможность предотвратить как гиповолемию и централизацию кровообращения, так и гиперинфузию,

чреватую легочными и сердечными осложнениями во время и после операций на легких. Алиментарные нарушения и дегидратация у больных раком пищевода требуют небольшого превышения объема кровезамещения над величиной кровопотери (в пределах 1520%) для поддержания нормоволемии и устойчивого кровообращения.

МЕТОД ПОСТОЯННОГО ИЗМЕРЕНИЯ ОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ

Левитэ Е.М., Вельшер Л.З., Уклонский А.Н.

ГОУ ВПО Московский государственный медикостоматологический университет, кафедра анестезиологии и реаниматологии, Кафедра онкологии и лучевой терапии; Москва, Россия

Цель исследования. Профилактика несвоевременного и неадекватного по объему возмещения кровопотери и развития гиповолемии в онкохирургии. Одним из важнейших факторов определения степени травматичности онкологических операций является кровопотеря. Массивная операционная кровопотеря сопровождается онкологические операции чаще, чем вмешательства в общей хирургии. Поэтому так важно для адекватного возмещения геморрагии иметь постоянную информацию о величине кровопотери на протяжении всего оперативного вмешательства.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ЦКБ №2 имени Н.А.Семашко ОАО «РЖД» г. Москвы при различных оперативных вмешательствах. Предлагаемая последняя модификация весового метода измерения операционной кровопотери основана на давно и хорошо себя зарекомендовавшем принципе определения динамики суммарного веса сухого и смоченного кровью раны материала. Величина прибавления этого суммарного веса и составляет объем кровопотери. Конструктивно устройство представляет собой небольшую (30*30 см) приставку, фиксированную к столику операционной сестры и состоящую из портативных электронных весов, на весовой платформе которых располагается стерильный марлевый материал, необходимый для операции. Снизу к весовой «балке» крепится легкая металлическая конструкция с мешком для сбора смоченного кровью материала. Таким образом, устройство постоянно измеряет общий вес сухих салфеток и салфеток, смоченных кровью. Прибавление этого веса и составляет операционную кровопотерю, величина которой отражается на дисплее весов, укрепленных на стойке столика операционной сестры. Описанное устройство просто по конструкции, доступно по цене.

Результаты и выводы. Измерение кровопотери не требует изменения алгоритма работы операционной бригады и дает постоянную информацию о величине кровопотери без участия медицинского персонала. Клинические испытания методики показали достаточную точность ($\pm 10\%$), возможность ее быстрого освоения и применения в любых хирургических стационарах.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ДИФФУЗНЫХ МАССИВНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ОНКОЛОГИИ

Ходоренко С.А., БаркаганЗ.С., ЛазаревА.Ф., Мамаев А.Н., Мамаева И.Н., Момот А.П., Россоха А.В., Назаров А.В.

Алтайский филиал ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»; Барнаул, Россия

Цель исследования. Оценить применение НовоСэвена и его влияние на кровопотерю и кровезамещение у 25 больных, перенесших обширные хирургические вмешательства.

Материалы и методы. Препарат был применён с лечебной целью у 10 больных. Всем были произведены радикальные операции – брюшнопромежностная экстирпация прямой кишки – 2, нефруретерэктомия с адреналэктомией – 3, радикальная простатвезикулэктомия – 4, радикальная цистпростатвезикулэктомия с одномоментной первичной пластикой мочевого пузыря – 1. НовоСэвен вводили внутривенно в дозе 60–107 мкг/кг.

Результаты. Прекращение кровотечения отмечено через 20 минут после введения. До операции уровень гемоглобина в группе сравнения был $114,1 \pm 9,4$, а в основной – $99,2 \pm 7,5$ г/л ($P > 0,5$). После операции гемоглобин в группе сравнения составил $51,5 \pm 6,9$, а в основной – $84,5 \pm 6,9$ г/л ($P < 0,05$). В группе сравнения использовано 1,43 л эритроцитной массы, тогда как в основной группе – 0,3 л на одного больного. Трансфузионная нагрузка в основной группе оказалась в 4,8 раза меньше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). С профилактической целью препарат применён у 15 больных: в 3 случаях произведена радикальная простатвезикулэктомия; в 3 – радикальная цистпростатвезикулэктомия, в т.ч. в 2 – с одномоментной первичной пластикой мочевого пузыря; расширенные гемигепатэктомии – в 9 случаях. Препарат применяли в дозе 60–100 мкг/кг. В основной группе кровопотеря составила в среднем $1,2 \pm 0,2$, а в группе сравнения она была $2,0 \pm 0,3$ л ($P < 0,05$). До операции уровень гемоглобина в группе сравнения был $109,1 \pm 8,4$, а в основной группе – $99,2 \pm 7,5$ г/л ($P > 0,5$). После хирургического лечения в группе сравнения уровень гемоглобина был $74,5 \pm 6,9$, а в основной группе – $88,2 \pm 5,3$ г/л ($P < 0,05$). В группе сравнения было использовано 1,1 л эритроцитной массы, в основной группе – 0,4 л на одного больного. Трансфузионная нагрузка в основной группе оказалась в 2,75 раза меньше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$).

Выводы. НовоСэвен является эффективным и безопасным гемостатиком для коррекции диффузных массивных кровотечений у онкологических больных. Его применение снижает использование компонентов донорской крови, способствуя снижению опасности развития полиорганной недостаточности в критических состояниях, улучшает коррекцию нарушений гемостаза.

ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПОНЕНТОВ ДОНОРСКОЙ КРОВИ

Домрачев С.А., Сукач С.Е., Богопольский П.М., Таричко Ю.В.

Российский Университет Дружбы Народов; Москва, Россия

Цель исследования. В настоящее время постоянно увеличивается дефицит компонентов донорской крови (КДК). Осложнения, возникающие при переливании КДК, наиболее опасны для онкологических больных. По этим причинам несколько лет назад мы начали разрабатывать специальную комплексную программу, позволяющую выполнять обширные радикальные операции у больных онкологическими заболеваниями без использования КДК. Программа включает предоперационную заготовку аутоплазмы, коррекцию анемии, нутритивную поддержку, выполнение операции в условиях

острой нормоволемической гемодилуции с эксфузией аутокрови и поэтапным возвратом пациенту резервированных компонентов аутокрови.

Материалы и методы. Разработанная программа применена у 105 больных (группа 1), оперированных без использования трансфузий КДК. У всех 105 больных аутоплазма заготавливалась перед операцией в объеме 600–1600 мл (ср. 892±341 мл). У 15 больных анемия (Hb 80–110 г/л) была скорректирована с помощью рекомбинантного человеческого эритропоэтина и препаратов железа. Нутритивная поддержка проведена у 85 больных. Острая нормоволемическая гемодилуция проводилась у 77 больных перед выполнением кожного разреза путем эксфузии 250–1100 мл аутокрови (ср. 625±210 мл) при исходном Hb не менее 110 г/л. Во время операции переливали аутоплазму и в конце операции – аутокровь. Аутоплазму переливали также и в послеоперационном периоде. У 96 больных (группа 2) операции проведены с использованием трансфузий КДК. Обе группы сравнимы по полу, возрасту, характеру заболеваний. При раке пищевода выполняли резекцию или экстирпацию пищевода (16 больных группы 1 и 10 больных группы 2). При раке желудка выполняли резекцию желудка и гастрэктомию с расширенной лимфодиссекцией D2 и D3 (35 и 43 больных соответственно). При колоректальном раке выполняли гемиколэктомии (13 и 11 больных), резекцию или экстирпацию прямой кишки (24 и 16 больных). При раке легкого делали лобэктомию или пневмонэктомию с лимфодиссекцией (12 и 8 больных). При раке почки выполняли нефрэктомии (4 и 5 больных, соответственно).

Результаты. Интраоперационная кровопотеря в 1 группе составила 300–2000 мл (ср. 862±454 мл), во 2 группе она составила 300–2200 мл (ср. 778±371 мл). Послеоперационные осложнения возникли у 17 (16.0%) больных группы 1 и у 23 (24%) больных группы 2 (различие статистически достоверно, $p < 0,01$). Умерли после операции 4 пациента группы 1 и 4 пациента группы 2. Несмотря на отсутствие трансфузий КДК в группе 1, уровни Hb и Ht и показатели коагулограммы в периоперационном периоде были сравнимы в обеих группах.

Выводы. Применение разработанной программы сбережения крови позволяет отказаться от периоперационных трансфузий КДК у онкологических больных при кровопотере до 35% объема циркулирующей крови и обеспечивает значительное снижение частоты послеоперационных осложнений.

ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ГИПОКСЕМИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Уклонский А.Н., Левитэ Е.М., Вельшер Л.З.

ГОУ ВПО Московский государственный медикостоматологический университет, кафедра онкологии и лучевой терапии, Кафедра анестезиологии и реаниматологии; Москва, Россия

Цель исследования. Разработка профилактических мер, предотвращающих развитие гипоксемии и ее возможных осложнений в послеоперационном периоде (таких, как ишемия головного мозга и нарушение питания миокарда). Период адаптации больного к состоянию бодрствования и самостоятельного дыхания после наркоза и искусственная вентиляция легких (ИВЛ) является одним из самых опасных периодов анестезиологического пособия. Поэтому крайне актуальна разработка правильного и обоснованного прогнозирования дыхательных потребностей и возможностей больного для решения важнейшего вопроса о необходимости проведения продленной ИВЛ. Длительная ИВЛ часто является причиной легочных осложнений в послеоперационном периоде. Все это не может не отразиться в целом на результатах хирургического лечения больных. В зависимости от вида дыхательной недостаточности после наркоза, ее выраженности и прогноза развития, длительности действия основной причины, вызвавшей эту недостаточность, лечебная тактика может быть различной.

Материалы и методы. Было обследовано 86 больных онкологического профиля в возрасте от 38 до 76 лет. Больным были выполнены операции как на брюшной полости, так и неполостные, под общей анестезией. У части пациентов абдоминальные операции выполнены под общей анестезией в комбинации с эпидуральным обезболиванием. Используя мониторинг и дополнительную информацию из лаборатории экспресс-диагностики и от специальных приспособлений (мешок Дугласа для сбора выдыхаемого газа), удалось значительно увеличить число показателей внешнего дыхания и газообмена.

Результаты и выводы. Артериальная гипоксемия, развивающаяся на фоне восстановленных вентиляционных показателей, является результатом локальной гиповентиляции с увеличением шунтирования в легких. Причиной гипоксемии служит увеличение объема экспираторного закрытия дыхательных путей, связанное с недостаточным обезболиванием при абдоминальных операциях. Использование регионарной анестезии создает достаточную арефлексию и предотвращает развитие гипоксемии. Для профилактики гипоксемии после абдоминальных операций показана обязательная ингаляция дыхательной смеси с FiO_2 , не менее 0,35, на протяжении 30–40 минут после экстубации.

НЕЙРООНКОЛОГИЯ

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ВНУТРИМОЗГОВЫХ МЕТАСТАЗОВ

Чиссов В.И., Решетов И.В., Соколов В.В., Зайцев А.М., Шелеско А.А., Сухин Д.Г.

Московский Научно-исследовательский Онкологический Институт имени П.А.Герцена; Москва, Россия

Цель. Метастазирование злокачественных опухолей в головной мозг является одной из наиболее частых причин смертности онкологических больных. Частота метастазирования в головной мозг опухолей различных локализаций колеблется от 10 до 30%. Лечение этой категории больных является наиболее сложной в нейроонкологии и включает хирургическое удаление вторичной опухоли головного мозга и последующую лучевую и химиотерапию. Медиана выживаемости при стандартном комбинированном лечении составляет 12–14 мес. Одним из перспективных методов повышения радикальности хирургического этапа лечения является использование флуоресцентной навигации (ФН) и интраоперационной фотодинамической терапии (ФДТ).

Материалы и методы. В МНИОИ им. П.А. Герцена с сентября 2007 г. начато проспективное исследование влияния ФН и ФДТ на эффективность хирургического лечения пациентов с метастатическими опухолями головного мозга. На

настоящее время прооперировано 17 пациентов: 9 случаев – метастазы протокового рака молочной железы, 3 случая – метастазы дольчатого рака молочной железы, по 2 случаям – метастазы аденокарциномы толстого кишечника и рака легкого, 1 – метастаз меланомы без первично выявленного очага. Для проведения ФН и ФДТ использовался препарат Аласенс (5ALA). Для ФН применялась телескопическая система DLight AF System (Karl Storz, Germany). ФДТ осуществлялась с применением полупроводникового лазера AL0D01 с длиной волны 635 нм. Был разработан тонкостенный баллонкатетер, который вводится в ложе удаленного метастаза и заполняется физиологическим раствором. В раздутый баллонкатетер проводится световод с длиной излучателя 1 см. Время экспозиции и доза световой нагрузки определяется индивидуально. После удаления опухоли производится ФН для выявления остатков опухоли с последующим их удалением и облучением ложа удаленной опухоли светом терапевтической длины волны. В послеоперационном периоде в первые 48 часов выполняется полный неврологический осмотр для оценки динамики неврологических нарушений, а также КТ или МРТ головного мозга с контрастным усилением для контроля радикальности удаления опухоли.

Результаты. Первичные конечные точки исследования – радикальность удаления (по данным контрольных КТ и МРТ) и длительность безрецидивного периода. Вторичная конечная точка – продолжительность жизни пациента с момента выявления внутримозгового метастаза. Помимо этого, оценивается безопасность методики ФДТ (нарастание неврологического дефицита, выраженность отека вещества головного мозга, геморрагические осложнения). В контрольную группу включались пациенты, получившие стандартное лечение. Эффективность ФН и ФДТ оценивается путем сравнения конечных точек в 2 исследуемых группах пациентов.

Выводы. В настоящий момент медиана длительности наблюдений составляет 2,8 мес. Умер один пациент с метастазами меланомы из-за генерализации процесса. В остальных наблюдениях данных за продолженный рост опухоли не получено. Таким образом, уже первые наблюдения показывают достаточно высокую эффективность ФН и ФДТ, окончательная оценка данных методик будет проведена после завершения исследования.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИИ ЭКСТРАИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ

*Гуляев Д.А., Олюшин В.Е., Чеботарев С.Я., Калакутский Н.В., Наumenко Н.Н., Кузбекова З.Ф.
Государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова; СанктПетербург, Россия*

Цель. Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 34 больных с различными опухолями основания черепа с интра-, экстракраниальным ростом гигантских размеров.

Материалы и методы. Больные находились на лечении в нейроонкологическом отделении РНХИ, клинике хирургической стоматологии СПбГМУ и ЛОР НИИ с 2000 по 2007 год. Было 19 женщин и 15 мужчин в возрасте от 16 до 72 лет. Гистологически верифицированы: менингиомы – 7, аденомы гипофиза – 2, базальноклеточный рак – 4, хондросаркома – 2, ювенильная ангиофиброма – 2, гигантская параганглиома – 5, цилиндроклеточный рак – 4, низкодифференцированный плоскоклеточный рак – 2, хордома – 3, гемангиоперицитомы – 2, дермоид – 1. Все больные оперированы. Проведено 20 блокрезекций опухоли. Трансфациальные доступы к опухолям ската проведены 6 больным. Остальные больные оперированы из расширенных краниобазальных или комбинированных доступов двумя бригадами хирургов. 5 больным проведена суперселективная эмболизация питающих опухоль сосудов из системы НСА.

Результаты. В послеоперационном периоде 18 больным (69%) была проведена лучевая, а 10 – полихимиотерапия. Для пластического закрытия дефектов основания черепа использовались местные ткани, островковые лоскуты с применением микрососудистой техники. Опухоли тотально удалены у 25 больных (76.4%). Послеоперационная летальность составила 3.7%. В отдаленные сроки умерло 4 больных.

Выводы. Залогом успешного результата лечения редкой и крайне тяжелой категории больных является использование междисциплинарного «командного» подхода, дифференцированной тактики ведения больных в условиях высокого профессионального уровня специалистов.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ И МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

*Гуца А.О.
НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН; Москва, Россия*

Цель. Целью настоящего исследования является выявление преимуществ торакоскопической хирургии в лечении первичных и метастатических поражений позвоночника. 12% пациентов со злокачественными новообразованиями имеют метастазы в позвоночник, что обуславливает увеличение смертности от метастатического распространения не менее чем на 5% и увеличивает летальность для России до 20 000 в год. Более 70% метастатических поражений позвоночника локализируются в грудном отделе при первичном развитии процесса в молочной железе, простате или легком. 14% метастатических поражений позвоночника являются солитарными и требуют тотальной вертебрэктомии согласно шкале Токухаши.

Материалы и методы. 26 пациентов со спинальными метастазами и первичными опухолями позвоночника были оперированы торакоскопически. В 6ти случаях операция дополнялась миниторакотомией в связи с выраженным кровотечением или затруднением в проведении стабилизирующих операций. Гистологически выявлялись: хондросаркома, остеобластокластома, злокачественная лимфома и метастазы (легкое, почка, молочная железа, простата, меланома). Индекс по шкале Токухаши составлял 3-6 (средний 4,7). Торакоскопические и операции с видеоассистенцией включали вертебрэктомию на уровне Th3Th11 с корпородезом титановым сетчатым имплантом и установкой боковой фиксирующей пластины. Все пациенты подвергались комбинированному лечению (адьювантной, лучевой терапии) после хирургического лечения. Результаты торакоскопической хирургии сравнивались с результатами, полученными в группе пациентов оперированных заднебоковым доступом с костотрансверзэктомией и последующей стабилизацией (43 случая). Дооперационный индекс Токухаши, уровень соматических и неврологических нарушений был одинаков в обеих группах. Сравнение проводилось по критериям продолжительности жизни, динамике неврологических расстройств (в соответствии с модифицированной шкалой Франкеля), качеством жизни (Euro Quality of Life – 5 D) и уровню осложнений.

Результаты. Торакоскопический доступ в сравнении с заднебоковым существенно уменьшает уровень осложнений с 47,2% до 21,3% ($p < 0,05$) и увеличивает показатель качества жизни $0,960 \pm 0,014$ (по сравнению с заднебоковым доступом $0,83 \pm 0,040$, $p < 0,001$). Предоперационный индекс Euro Qual. Статистически не отличался. Сроки активизации

для группы пациентов с торакоскопической операцией составляли $5,36 \pm 3,34$, что существенно короче, чем для группы пациентов с открытой хирургией $10,25 \pm 5,34$ ($p < 0,001$). Неврологическое улучшение и ожидаемая продолжительность жизни после операции в сравниваемых группах не отличались.

Выводы. Дальнейшее развитие торакоскопической хирургии в спинальной клинике позволит улучшить качество лечения пациентов с различными новообразованиями позвоночника. Торакокопическая хирургия – новый эффективный метод лечения первичных и вторичных процессов в позвоночнике с возможностью тотальной резекции пораженного позвонка, с уменьшением частоты осложнений, ранней активизацией больных, учитывая, что предполагаемая продолжительность жизни при подобных заболеваниях порой не превышает 5–6 месяцев.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМИ И МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ОПУХОЛЯМИ МОЗГА

Вакуловская Е.Г., Карахан В.Б., Стратонников А.А., Алешин В.А.

НИИКО ГУ РОНЦ им.Н.Н. Блохина РАМН, ИОФРАН; Москва, Россия

Цель. Целью исследования была разработка и оценка эффективности интраоперационной флуоресцентной диагностики (ФД) у больных первичными и метастатическими опухолями мозга с использованием фотосенсибилизатора «Аласенс» (АС).

Материалы и методы. Проведено открытое проспективное исследование 2 фазы у 13 пациентов: 5 больных рецидивами глиобластомы мозга 3–4 степени (РГМ) после хирургического лечения (в одном случае глиобластома 3 степени выявлена в результате ФД) и 8 больных метастазами рака (рак почки, легкого, молочной железы, меланомы) в головной мозг. В исследование были включены 5 женщин и 8 мужчин в возрасте от 18 до 63 лет. Всем больным выполнялось до и послеоперационное клинично-инструментальное обследование. АС в дозе 20 мг/кг веса тела больного принимался внутрь за 3 часа до начала эндотрахеального наркоза. ФД выполнялась интраоперационно через 46 часов после введения препарата АС с использованием флуоресцентно-спектроскопической установки ЛЭСА01, источник излучения – гелий-неоновый лазер ($\lambda=633$ нм) и лазерных источников света ($\lambda=440$ нм).

Результаты. Определялись визуальные зоны флуоресценции, спектр с анализом его по форме и амплитуде сигнала, интегральная интенсивность флуоресценции (ИФ) АС в разных точках опухоли, прилегающей к ней ткани мозга, неизмененных участках мозга, флуоресцентные границы зоны поражения, ИФ нормальной кожи руки, и слизистой нижней губы. Зоны флуоресценции в головном мозге были выявлены у всех больных РГМ, ИФ значительно варьировала в солидной и инфильтративной частях опухоли. ИФ у больных РГМ существенно выше, чем при метастатическом поражении мозга. У больной меланомой ИФ не отличалась от фоновой. Комбинация 2 методов ФД – визуализации и спектрометрии позволяет получать более объективную информацию, особенно при метастатическом поражении мозга. Полное удаление флуоресцирующих зон выполнено у 7 пациентов, отсутствие остаточной опухоли подтверждено данными МРТ. При морфологическом исследовании биопсий зон флуоресценции верифицирована опухоль во всех случаях.

Выводы. Разработанная нами методика интраоперационной ФД позволяет получать диагностически значимую информацию у больных первичным и метастатическим поражением мозга, проводить дифференциальную диагностику, оценить границы распространения, радикальность удаления опухоли.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ СКАТА ЧЕРЕПА

Кузбекова З.Ф., Чеботарев С.Я., Гуляев Д.А.

Российский научноисследовательский нейрохирургический институт; СанктПетербург, Россия

Цель. Работа основана на ретроспективном анализе результатов обследования и хирургического лечения 23 больных, находившихся на обследовании и лечении в отделении опухолей головного и спинного мозга РНХИ им. проф. А.Л. Поленова в период с 2002 по 2007 гг.

Материалы и методы. Было 16 женщин и 7 мужчин. Все опухоли морфологически верифицированы: 16 менингиом, 3 хордомы, 1 метастаз, 2 гемангиоперцитомы, 1 холестеатома. Все опухоли прооперированы. При этом для удаления интрадуральных опухолей (менингиом) использовались транспирамидные доступы в различных вариациях, а для удаления экстрадуральных новообразований применялись трансфациальные доступы – 2 трансмаксиллярные, 3 трансназально – трансэтмоидальные, 1 трансоральный подход. Степень радикальности операций оценивалась с помощью послеоперационного МРТ и КТ контроля головного мозга. Все больные с менингиомами и хордомами получили курс стандартной лучевой терапии.

Результаты. Тотального удаления опухоли удалось достичь у 3 из 23 больных (1 – гемангиоперцитомы, 1 – холестеатома, 1 – метастаз в кости ската), что составило 13% больных. 1 пациентке с менингиомой была произведена частичная резекция в связи с выраженными интраоперационными реакциями 1 типа вследствие раздражения ствола. Подавляющей части больных было выполнено субтотальное удаление опухоли (около 90% массы новообразования). Послеоперационной летальности не было. За период динамического наблюдения в течение 2 лет умерло 2 больных вследствие рецидива опухоли (1 больной с хордомой ската, 1 больной с менингиомой), что составило 8,6% от общего количества наблюдений. У всех больных, которым была произведена субтотальная или частичная резекция, отмечались признаки рецидива опухоли.

Выводы. Опухоли петроклиальной локализации остаются серьезной хирургической проблемой. Тотальное удаление новообразований данной локализации в большинстве случаев недостижимо. Зачастую гистологическая природа опухоли и тактика ее дальнейшего ведения уточняются уже после операции и морфологического исследования. Оптимальными общепринятыми доступами для удаления интрадуральных опухолей являются различные варианты транспирамидных подходов, а для экстрадуральных новообразований – комбинированные трансфациальные доступы. Кроме того, и при интрадуральных, и при экстрадуральных подходах необходима тщательная многослойная пластика основания черепа после завершения основного этапа.

СТЕРЕОТАКСИЧЕСКАЯ РАДИОХИРУРГИЯ ВНУТРИМОЗГОВЫХ МЕТАСТАЗОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ «ГАММА-НОЖА»: ТАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Ильялов С.Р., Голанов А.В., Пронин И.Н., Долгушин М.Б., Потапов А.А., Лошаков В.А., Шишкина Л.В., Костюченко В.В., Зотова М.В.

ОАО «Деловой центр нейрохирургии», НИИ нейрохирургии им.акад. Н.Н.Бурденко РАМН; Москва, Россия

Цель. На примере лечения 122 больных с метастазами экстракраниальных опухолей в головной мозг проанализирован первый опыт применения стереотаксической радиохирургии.

Материалы и методы. Лечение проводилось с использованием установки для стереотаксической радиохирургии «Leksell Gamma Knife» модель С («ЕЛЕКТА АВ», Швеция). Стереотаксическая радиохирургия с применением «Гамманожа» (СРХГН) являлась первым методом лечения внутримозговых метастазов в 70% случаев, а в остальных случаях ей предшествовали различные варианты комбинированного лечения. Критерием отбора пациентов для СРХГН после ранее проведенных лечебных мероприятий служило наличие признаков продолженного роста или появление новых метастатических очагов по данным МРТ головного мозга с контрастным усилением.

Результаты. Общее количество выявленных опухолей – 628. Катамнез прослежен у 119 пациентов. Срок наблюдения пациентов составил от 7 до 703 дней (в среднем 195 дней). Медиана выживаемости превысила 8 месяцев. Каждый 5й пациент прожил более 1 года. Отмечен удовлетворительный контроль роста 92% метастатических опухолей у 88% пациентов. Прогрессирование внутримозговых метастазов, как основная причина гибели пациентов, отмечено только у 8 человек (6,8%). Прогностически благоприятными факторами явились: одномоментное выявление не более 10 метастазов на момент первого сеанса СРХГН, состояние пациентов на момент лечения не менее 70 баллов по шкале Карновского и проведение, в случае появления новых метастазов, повторных сеансов СРХГН.

Выводы. Радиохирургия на установке «Гамманож» является эффективным и безопасным методом лечения пациентов с внутримозговыми метастазами диаметром до 3.5 см, обеспечивающим высокий уровень контроля роста вторичных интрацеребральных опухолей, без существенного снижения уровня качества жизни. Данный метод должен шире применяться в комплексном лечении онкологических больных.

ДИАГНОСТИКА НОВООБРАЗОВАНИЙ КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ БИОПСИИ

Шелеско Е.В., Капитанов Д.Н.

НИИ нейрохирургии им.Н.Н. Бурденко; Москва, Россия

Цель. Оценить эффективность эндоназальной эндоскопической биопсии при опухолях краниофациальной локализации.

Материалы и методы. За период времени с 1998 по 2007 г. на базе отоневрологического отделения НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко эндоскопическая эндоназальная биопсия (ЭЭБ) была применена у 166 пациентов с опухолями краниофациальной локализации, распространяющихся в полость носа, носоглотку, околоносовые пазухи. Доступ к верхнечелюстной и клиновидной пазухам производился путем расширения естественных соустьев в среднем и верхнем носовых ходах соответственно. Опухоли крылонебной ямки достигались через верхнечелюстную пазуху, трепанируя ее заднюю стенку. Доступ к орбите осуществлялся путем вскрытия клеток решетчатого лабиринта с последующей резекцией бумажной пластинки. Вопрос о распространенности опухоли и возможности проведения ЭЭБ решался по данным КТ, МРТ и предварительного эндоскопического исследования полости носа. В условиях ЛОРкабинета с использованием только местной анестезии ЭЭБ выполнена 125 пациентам (75%). В операционной под общим наркозом доступ к опухоли осуществлен у 41 больного (25%) в случаях забора биопсийного материала из верхнечелюстной (14 случаев), клиновидной пазух (20), медиальных отделов орбиты (2), крылонебной ямки (2). Морфологическое исследование биопсийного материала выполнялось как в срочном (105), так и в плановом порядке (166). В 40 наблюдениях для уточнения гистологического диагноза проводился иммуногистохимический анализ. Гистологическое исследование выявило доброкачественные опухоли у 38 (22,9%) больных, злокачественные – у 112 (67,5%), опухоль не идентифицирована у 16 (9,6%).

Результаты. Из злокачественных новообразований наиболее часто встречался низкодифференцированный рак – 58 наблюдений (34,9%). Из 16 случаев, когда опухоль была не идентифицирована в 8 (4,8%) имели место псевдоопухолевые процессы, такие как полипы, мукоцеле, кистознофиброзная дисплазия, инородное тело. В 8 (4,8%) случаях гистологический диагноз не был верифицирован вследствие технических погрешностей в применении методики ЭЭБ. В исследуемой группе 80 больным в последующем было выполнено хирургическое удаление опухоли с ее гистологическим исследованием. Сравнение этих данных с результатами ЭЭБ выявило совпадение гистологических диагнозов в 97,5% случаев, расхождение – в 2,5%.

При проведении ЭЭБ мы столкнулись со следующими осложнениями. У 31 больного (18,7%) развилось носовое кровотечение из места взятия биопсии, потребовавшее передней тампонады полости носа. У 2 (1,2%) больных после взятия биопсии в послеоперационном периоде возникла назальная ликворея. Статистическая обработка результатов позволяет считать методику ЭЭБ информативной, т.к. ее эффективность с учетом доверительного интервала составляет от 89% до 99%.

Выводы. Для правильного определения участка забора биопсийного материала рекомендуется проведение срочного гистологического исследования, которое по нашим данным информативно в 95% наблюдений.

В настоящее время нами начато исследование по эффективности флуоресцентной диагностики с препаратом Аласенс в сочетании с методикой ЭЭБ. Незначительное число наблюдений пока не позволяет сделать достоверных выводов о диагностической значимости флуоресцентной диагностики применительно к опухолям краниофациальной локализации.

ХИРУРГИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ИНТРАЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ

Сидоренко Ю.С., Григоров С.В.

ФГУ «Ростовский научноисследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»; Ростов-на-Дону, Россия

Проблема лечения опухолей головного мозга является одной из наиболее актуальных и сложных задач современной медицины. При олигометастатическом поражении головного мозга и первично множественных опухолях головного мозга

большинство онкологов отказываются от активной тактики лечения, остановившись на симптоматической противоопухолевой терапии, реже – паллиативной лучевой и/или химиотерапии. Мы считаем, что возможно одномоментное удаление 2–3 церебральных очагов, расположенных в разных полушариях, а также супра- и субтенториально с последующей адьювантной химиотерапией. В нашем отделении за период с 2003 по 2007 гг. было выполнено 23 бикраниотомии у больных с мультифокальным поражением головного мозга. У всех больных диагноз был подтвержден на СРКТ и/или МРТ исследовании.

По полу больные распределились следующим образом: мужчин – 17 (74%), женщин – 6 (26%). Возраст больных был от 35 до 70 лет. Средний возраст составил 35±5 лет. Были представлены следующие гистологические варианты опухолей: опухоли астроцитарного ряда – глиобластомы – 3 (13%) и метастатические опухоли (всего – 20 (87%)), из них метастазы рака легкого – 11 (48%), рака молочной железы – 5 (22%), у больных с глиомами, которым проводилась местная химиотерапия по вышеописанной меланомы – 2 (9%), метастазы рака почки – 1 (4%), без первично выявленного очага – 1 (4%). У 20 больных (87%) новообразование головного мозга было удалено тотально, у 3 (13%) – субтотально.

После удаления опухоли и осуществления тщательного гемостаза в ее ложе помещали коллагеновую гемостатическую губку с порошкообразным химиопрепаратом, занимающим полость губки. Полость герметично закрывали другим фрагментом коллагеновой гемостатической губки, который фиксировали клипсами, вследствие чего химиопрепарат, растворялся естественными средами организма (ликвором и кровью) и, находясь в замкнутом пространстве ушитой операционной раны, подвергался инкубации при температуре тела, постепенно всасываясь в перифокальную ткань.

Нами установлено, что в течение первых 3–4 дней происходит инкубация химиопрепарата с проникающими в полость губки и растворяющимися химиопрепарат кровью и ликвором, после чего образовавшиеся комплексы химиопрепарата с элементами крови и ликвора в течение длительного времени (около 1 месяца) поступают в окружающую мозговую ткань. Выявлено, что длительность безрецидивного периода методике составляет в среднем 8,5 месяца, что превышает в среднем на 2–3 месяца безрецидивный период у больных, которым местная интрацеребральная химиотерапия не проводилась. Таким образом, описанный метод интрацеребральной химиотерапии позволяет осуществлять эффективное пролонгированное адьювантное лечение опухолей головного мозга, начиная с интраоперационного этапа.

ПРИМЕНЕНИЕ ДИСТАНЦИОННОЙ ГАММА-ТЕРАПИИ В КОМБИНАЦИИ С ИНТРАТЕКАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Григоров С.В., Емшанов А.В., Рябуха Д.О.

ФГУ «Ростовский научноисследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»; Ростов-наДону, Россия

Цель. Лечение внутримозговых опухолей остается одной из нерешенных проблем нейрохирургии и нейроонкологии. В настоящее время доказано, что только комплексное воздействие: оперативное вмешательство, химио- и лучевая терапия, иммунотерапия способны увеличить продолжительность и улучшить качество жизни пациентов. С целью улучшения результатов комплексной терапии больных с опухолями центральной нервной системы (ЦНС) в отделении нейрохирургии РНИОИ внедрен в практику метод дистанционной гамма-терапии (ДГТ) в комбинации с адьювантной интратекальной аутоликворохимиотерапией цисплатином (АЛХТ).

Материалы и методы. В данном исследовании мы публикуем результаты химиолучевого метода лечения пациентов, которым было выполнено оперативное вмешательство и по результатам морфологического исследования диагностирована злокачественная глиома либо злокачественная менингиома головного мозга. Нами проведена сравнительная оценка эффективности применения ДГТ в комбинации с АЛХТ цисплатином и ДГТ в комбинации с ПХТ у 73 больных, которые находились на лечении в отделении нейрохирургии в 2002–2007гг. Мужчин – 31 (42,5%) и женщин – 42 (57,5%). Средний возраст больных составил – 47,3±6,4 лет.

Результаты. Показана высокая эффективность лечения опухолей головного мозга с помощью методики ДГТ в режиме традиционного фракционирования в комбинации с цисплатином на аутоликворе (основная группа) по сравнению с ДГТ в комбинации с ПХТ (контрольная группа). Ремиссия опухолей в основной группе наблюдалась у 31 (75,7%) больного, в контрольной – у 20 (62,4%) больных. Стабилизация в основной группе составила 7 (17%), прогрессирование 3 (7,3%) случая, в контрольной – 9 (28,3%) и 3 (9,3%) соответственно. Продолжительность жизни больных анапластическими менингиомами в основной группе составила 24,6±1,9 мес., злокачественными глиомами – 23,1±2,33 мес., в контрольной группе – 22,3±3,8 мес. при анапластических менингиомах и 18,1± 1,67 мес. при злокачественных глиомах.

Выводы. Эффективность способа лечения злокачественных опухолей головного мозга методом дистанционной гамма-терапии в комбинации с аутоликворохимиотерапией цисплатином заключается в том, что применение микродоз цисплатина, действующего как радиомодификатор, при эндолквальной химиотерапии на аутоликворе в комбинации с адьювантной ДГТ позволяет добиться стойкой ремиссии после удаления злокачественных глиом и менингиом головного мозга, снизить токсичность цитостатика, частоту побочных эффектов и тем самым повысить эффективность химиолучевой терапии при значительном снижении её себестоимости, что свидетельствует о позитивной клинической перспективе данного метода в лечении нейроонкологических больных.

СЛУЧАИ СОЧЕТАНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА СО ВТОРОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОНКОПРОЦЕССА

Григоров С.В., Атмачиди Д.П.

ФГУ «Ростовский научноисследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»; Ростов-наДону, Россия

Цель. Метастатическая болезнь головного мозга и её лечение является приоритетным направлением работы отделения опухолей центральной нервной системы Ростовского НИИ онкологии.

Материалы и методы. В отделении с 2002 по 2007 г. выполнено 176 операций больным с метастатическим поражением головного мозга. За это же время выявлено 8 случаев (4,5%) синхронного и метакронного поражения первичной опухолью головного мозга и раком другой локализации. В связи с редкостью подобных наблюдений ниже приводятся все случаи сочетания первичных опухолей головного мозга со второй локализацией онкопроцесса. Все опухоли гистологически верифицированы.

Результаты. Больной С., 74 лет, диагноз: гепатоцеллюлярный рак T2N0M0, состояние после правосторонней гемигепатэктомии; анапластическая астроцитома левой лобной доли головного мозга. Проведена костнопластическая краниотомия (КПК) в левой лобной области с удалением опухоли. Больная М., 66 лет, диагноз: меланома хориоидеи левого глаза; анапластическая астроцитома правой лобной доли головного мозга. Проведена КПК в правой лобной области с удалением опухоли и энуклеация левого глаза. Больная Г., 51 лет, диагноз: рак щитовидной железы, состояние после субтотальной резекции; анапластическая астроцитома правой теменно-височной области головного мозга. Проведена КПК в правой теменно-височной области с удалением опухоли. Больная Ц., 70 лет, диагноз: рак правой молочной железы, глиобластома правой теменно-височной области головного мозга. Проведена КПК в правой теменно-височной области с удалением опухоли. Больная Б., 46 лет, диагноз: рак носоглотки T2N2M0; менингиома малого крыла основной кости. Проведена КПК с удалением опухоли. Больная З., 44 лет, диагноз: рак решетчатого лабиринта, состояние после двух удалений; анапластическая олигодендроглиома левой лобной области головного мозга. Проведена КПК в левой лобной области с удалением опухоли. Больная П., 56 лет, диагноз: рак тела матки StII, состояние после пангистерэктомии; анапластическая менингиома левой лобной области. Проведена КПК в левой лобно-височной области с удалением опухоли.

Выводы. Необходимо отметить, что из 8 описанных случаев в двух из них опухоль мозга сочеталась с раком молочной железы и по одному - с меланомой хориоидеи, раком щитовидной железы, раком тела матки, раком решетчатого лабиринта, раком носоглотки и гепатоцеллюлярным раком.

АНАЛИЗ РАБОТЫ НЕЙРООНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОСТОВСКОГО НИИ ОНКОЛОГИИ ЗА 2002–2007ГГ

Сидоренко Ю.С., Григоров С.В.

ФГУ «Ростовский научноисследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»; Ростов-наДону, Россия

В настоящее время имеет место разобщенность неврологической, нейрохирургической и онкологической служб на этапах учета, регистрации, диспансеризации, диагностики и специального лечения нейроонкологических больных. Проблема в том, что отсутствует единая организационная система, объединяющая эти службы в целое. В 2002 г. впервые в стране на базе Ростовского НИИ онкологии организована нейроонкологическая служба (НС), включающая кабинет нейроонкологии поликлиники, 30коечное отделение нейрохирургии, отделение компьютерной нейровизуализации, кабинет реабилитации, лабораторию клинической физиологии, психолого-психиатрическую и консультативнопатронажную службы.

Всего за 2002–2007гг. в отделении нейрохирургии РНИОИ пролечено 2800 больных, выполнено 2011 хирургических вмешательств, из них 779 операций на головном и спинном мозге, черепе и позвоночнике (в т.ч. экстренных – 92). В поликлинике принято 13678 больных.

Показатели работы отделения нейрохирургии РНИОИ в 2007г. таковы: операционная активность – 28,7% (2006г. – 28,6%), общая летальность 1,2% (2006г. – 0,8%), послеоперационная летальность – 2,6% (2006г. – 2,3%), что соответствует общероссийским.

В течение 5 лет работы НС количество первично госпитализируемых больных с опухолями ЦНС возросло в 4 раза (134 чел. в 2003г. против 558 чел. в 2007 г.). Количество операций больным с первичными опухолями головного мозга оставалось относительно постоянным (46 – в 2003 г., 50 – в 2007 г.), тогда как операций больным с метастатическим поражением головного мозга (МПГМ) выполнено в 3 раза больше (19 – в 2003 г., 56 – в 2007 г.). С 2002 г. количество впервые выявленных в РНИОИ случаев МПГМ увеличилось на 65,5%, а показатель средней годовой выявляемости МПГМ – в 20 раз. Количество пролеченных больных с первичными и вторичными опухолями спинного мозга возросло в 3 раза (24 чел. в 2003г. против 75чел. в 2007 г.).

Таким образом, внедрение системы НС ликвидирует разобщенность нейрохирургической и онкологической служб за счет стратегически адекватной концентрации потока нейроонкобольных в рамках профильного онкологического учреждения, что позволяет оказать самому тяжелому контингенту больных адекватное лечение с продлением и сохранением удовлетворительного качества жизни.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ЯРЕМНОГО ОТВЕРСТИЯ

Гуляев Д.А., Олюшин В.Е., Чеботарев С.Я., Калакуцкий Н.В.

РНХИ им. проф. А.Л.Поленова, СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова; СанктПетербург, Россия

Цель. Работа основана на ретроспективном анализе комплексного обследования и лечения 27 больных с опухолями яремного отверстия оперированных в отделении хирургии опухолей головного и спинного мозга РНХИ с 2000 по 2007 гг.

Материалы и методы. Гистологически верифицированы: паранглиомы в 20 случаях, невринома каудальной группы нервов – в 6 случаях, менингиомы – в 1 случае. Наблюдалось 24 женщины и 3 мужчин в возрасте от 25 до 68 лет. По классификации (Curitiba) 1988 12 больных отнесены к классу I (интрадуральное распространение опухоли), 4 больных к классу EN (поражение пирамиды и распространение на шею), 4 больных к классу MIXED (поражение пирамиды, шеи и интрадуральное распространение). По классификации Кауе А.Н (1984) из 6 больных с невринами каудальной группы нервов классу А отнесены опухоли у 3 пациентов и к классу D так же у 3 больных. Все больные были прооперированы. 6 больным с паранглиомами проведена отдельная КАГ с эмболизацией питающих опухоль сосудов. В большинстве наблюдений при удалении паранглиом был использован транспирамидный инфралабиринтный доступ с резекцией заднелатеральных отделов яремного отверстия. После удаления опухоли дефекты твердой мозговой оболочки и зона резекции пирамиды укрывались надкостничномышечно-апоневротическим лоскутом, заготовленным в ходе доступа. 3 больным с гигантской опухолью яремного гломуса с интра-экстракраниальным ростом была произведена блокрезекция пирамиды с пластикой дефекта перемещенным торакодорзальным лоскутом. Невриномы каудальной группы нервов класса А удаляли из традиционного ретросигмовидного доступа. В 3 наблюдениях с невринами класса D применяли комбинированный инфралабиринтный доступ с мобилизацией и интерпозицией лицевого нерва в комбинации с трансцервикальным доступом.

Результаты. Послеоперационной летальности в данной группе наблюдений не отмечено. Так же не отмечалось гнойносептических и геморрагических осложнений. У всех больных, оперированных транспирамидным и комбинированным

доступами, проведено тотальное удаление опухоли. При этом отмечалась положительная динамика со стороны бульбарного синдрома. В 6 наблюдениях отмечалось нарастание дисфункции лицевого нерва.

Выводы. Учитывая неэффективность или малую эффективность химиотерапии, лучевого лечения, а при больших размерах новообразования и радиохирургии, в настоящее время основным методом лечения данной группы больных является хирургический. Применение «базальных» транспирамидных и комбинированных доступов, несмотря на значительные технические трудности при их выполнении, делает возможным успешное хирургическое лечение опухолей яремного отверстия, в том числе и гигантских размеров. В связи с доброкачественным (в большинстве наблюдений) характером роста опухолей данной локализации радикальное хирургическое вмешательство позволяет получить не только хороший ближайший, но и удовлетворительный отдаленный результат, что, собственно, и является целью лечения данной группы больных.

КРАНИОФАЦИАЛЬНЫЕ БЛОКРЕЗЕКЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

Решетов И.В., Черкаев В.А., Зайцев А.М., Белов А.И., Шелеско А.А.

МНИОИ им. П.А. Герцена, НИИ нейрохирургии им Н.Н. Бурденко РАМН; Москва, Россия

Цель. Проблема лечения больных со злокачественными краниофациальными опухолями включает в себя совершенствование диагностики с целью выявления ранних стадий заболеваний, разработку эффективных методов лечения, включая до и послеоперационную лучевую, химиотерапию и хирургическое удаление патологического процесса в пределах здоровых тканей. По литературным данным правильно выбранная тактика лечения позволяет добиться 5-летнего безрецидивного периода в 40-60% наблюдений. Разработка эффективных методов реконструктивной и пластической хирургии явилась основой для выполнения блокрезекции у больных со злокачественными опухолями основания черепа, когда удаляется опухоль единым блоком с прилежащими нормальными тканями (твердой мозговой оболочкой, мышцами, костями основания черепа и лицевого скелета, слезистой, тканями глазницы, кожей).

Материалы и методы. Краниофациальная блокрезекция является одним из этапов комплексного лечения больных со злокачественными опухолями основания черепа. Злокачественные опухоли краниофациальной локализации имеют склонность к местному распространению и редко дают как регионарные, так и отдаленные метастазы. На этом основана концепция возможности излечения большого от злокачественной краниофациальной опухоли путем ее удаления блоком с участком прилежащих здоровых тканей. При подготовке больного к блокрезекции важно тщательное обследование для исключения метастазирования и четкого определения локализации и распространенности процесса с целью планирования объема резекции и метода пластики дефекта. Существует три основных метода блокрезекции: передняя краниофациальная блокрезекция. В блок включается носоглотка, решетчатая и основные пазухи, ольфакторная ямка. В зависимости от распространенности патологического процесса блок расширяется за счет глазницы, верхнечелюстной пазухи. Дефекты твердой мозговой оболочки закрываются свободными фрагментами жировой клетчатки, а сверху укладывается перемещенный лоскут надкостницы. Возникающие обширные дефекты костей и мягких тканей закрываются кожно-мышечным лоскутом на сосудистой ножке с формированием из его кожной поверхности области неба и основы для глазного протеза. Кожномышечный лоскут формируется из широчайшей мышцы спины, передней зубчатой мышцы, большой грудной мышцы, прямой мышцы живота. При распространенном нарушении целостности твердой мозговой оболочки эти дефекты целесообразнее закрывать лоскутом большого сальника на сосудистой ножке. Следующая методика – боковая краниофациальная блокрезекция. В блок включаются структуры формирующие подвисочную ямку, суставной и венечный отростки нижней челюсти, наружные отделы пирамиды височной кости, верхнечелюстной пазухи, глазницы, включая основание передней черепной ямки, формирующей крышу глазницы. Дефекты закрываются по тем же принципам, что и при передних блокрезекциях. Третья методика – передне-боковая краниофациальная блокрезекция: применяется при локализации опухоли в глазнице, верхнечелюстной пазухе, носоглотке. По сути, данная блокрезекция является наиболее обширной т.к. распространенность опухоли наиболее велика. Данная операция сочетает в себе, по возможности, обе ранее описанные блокрезекции и отличается от предыдущих, разве что большим объемом удаляемых тканей. Дефекты закрываются по тем же принципам. Перед краниофациальной блокрезекцией устанавливается лямбальный дренаж, который удаляется в среднем через 6-8 дней после операции.

Результаты. В настоящее время в Институте внедрена в практику методика краниофациальных блокрезекций злокачественных опухолей основания черепа. Производится удаление опухоли блоком с прилежащим участком здоровых тканей и пластикой дефектов кожно-мышечным лоскутом или лоскутом большого сальника с последующей косметической коррекцией. За период с 1992 по 2007 гг. совместной бригадой оперировано 895 больных. По гистологической структуре опухоли распределялись следующим образом: почти в 90% случаев эпителиальные опухоли, остальные 10% саркомы, злокачественные хондромы, эстезионейробластомы, анапластические менингиомы.

Результаты. При сроках наблюдения до 5ти лет выживаемость больных составила 53%. Общая летальность составила 46,8%. Средний возраст составил 40,1 года.

СТЕРЕОТАКСИЧЕСКАЯ РАДИОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕВРИНОМАМИ СЛУХОВОГО НЕРВА

Ильялов С.Р., Золотова С.В., Голанов А.В., Горлачев Г.Е., Костюченко В.В., Корецкая И.Л., Зотова М.В., Никонова Н.Г., Пронин И.Н., Арутюнов Н.В.

ОАО «Деловой центр нейрохирургии», НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н.Бурденко РАМН; Москва, Россия

Цель. В настоящее время метод стереотаксической радиохирургии наравне с микрохирургическим удалением является основным методом лечения вестибулярных шванном.

Материалы и методы. С 2005 г. стереотаксическая радиохирургия (СРХ) на аппарате «Гамманож» («Elekta», Швеция) и линейном ускорителе «Новалис» («BrainLab», Германия) проведена 132 больным с невриномами 8 нерва. Лечение проводилось пациентам с максимальными размерами опухоли до 3,5 см. Доза по краю опухоли в среднем составляла 12 Гр.

Результаты. Всем пациентам проводился отоневрологический осмотр и МРТ с контрастным усилением до лечения и в динамике по протоколу принятому в НИИ нейрохирургии. Для данных опухолей характерно незначительное увеличение размеров при контрольной МРТ в первые 6-12 месяцев после процедуры за счет лучевого патоморфоза. Впоследствии большинство опухолей уменьшаются в размерах (71%), у 28% больных размеры опухоли при динамическом наблюдении

остались прежними, и лишь в 1 случае больному потребовалась повторная нейрохирургическая операция. Сохранность функции слухового нерва отмечалась у 76% больных, у 22% отмечалось его ухудшение. В нескольких наблюдениях отмечено улучшение слуха. Преходящее нарушение функции лицевого нерва после процедуры отмечалось у 5 пациентов. В двух случаях у больных развилась нейропатия тройничного нерва на стороне расположения опухоли. У 3% пациентов отмечалась острая лучевая реакция, купировавшаяся стероидной терапией. СРХ вестибулярных шванном является эффективным методом лечения, позволяя добиться контроля опухолевого роста в большинстве случаев. По сравнению с микрохирургическим удалением СРХ имеет меньший риск развития нарушения функции нервов мосто-мозжечковой группы.

Выводы. СРХ является методом выбора у соматически ослабленных больных, позволяет избежать возможных операционных осложнений (кровотечения, ликворрея, менингиты, гидроцефалия и др.), сокращает сроки нетрудоспособности больных и время их пребывания в стационаре, что значительно улучшает качество жизни больных с невриномами слухового нерва.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОВОЛНОВОГО МЕТОДА В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Берснев В.П., Соловьев А.Н., Забродская Ю.М.

ФГУ РНХИ им.проф.А.Л.Поленова; СанктПетербург

Важнейшим требованием к хирургическим вмешательствам на головном мозге является удаление патологического субстрата с минимальным повреждением прилежащей мозговой ткани. Такому требованию отвечает современная радиоволновая хирургия. Это атравматичный метод разреза и иссечения мягких тканей и низкотемпературной коагуляции сосудов при помощи высокочастотных (3,8-4,0 МГц) электромагнитных колебаний.

Техника и методика радиоволновой хирургии разрабатывались начиная с 50х годов прошлого века фирмой «Ellman International, inc.» (США), а с 1978 года начали внедряться в хирургическую практику. Сейчас радиоволновой метод широко применяется во всем мире в таких отраслях хирургии, как оториноларингология, гинекология, хирургическая стоматология, косметология, онкология. Нейрохирурги позднее других хирургов обратились к радиоволновым технологиям в силу недостаточности имевшихся представлений о влиянии радиоволн высокой частоты на мозговую ткань и функцию мозга.

В операционных РНХИ им.проф.А.Л.Поленова в течение двух лет (2005-2007) проходила клиническая апробация двух моделей радиохирургического прибора: «Сургитрон ЕМСтм» с частотой 3,8 МГц и «Сургитрон DF120» с частотой 4,0 МГц, которые использовались при удалении опухолей головного мозга как инструментальное дополнение к стандартным нейрохирургическим методам и инструментам. Всего с применением «Сургитрона» было выполнено 63 операции, в том числе при экстрацеребральных и интракраниальных супратенториальной локализации (48 операций), при грыжах межпозвоночных дисков (7 операций) и при травматических повреждениях периферических нервов (8 операций). Данное сообщение основано на анализе 48 хирургических вмешательств по поводу опухолей головного мозга разного типа и разной локализации.

Диапазон и объем применения прибора были различными, что связано с постепенным освоением хирургами этого метода и поэтапным расширением выполняемых с его помощью манипуляций. В ходе 48 оперативных вмешательств на разных этапах удаления опухоли было выполнено более 180 радиохирургических манипуляций с помощью моно и/или биполярных электродов. В докладе излагается опыт использования нейрохирургами высокотехнологичного радиоволнового метода при удалении опухолей головного мозга, его неоспоримые преимущества и некоторые недостатки или неудобства в работе с ним во время операции.

Одной из важных задач данного исследования была оценка степени морфологических повреждений ткани в результате применения радиоволновой технологии. Производилось сравнительное гистологическое исследование фрагментов опухоли, удаленных с применением обычной коагуляции и с помощью радиоволнового прибора «Сургитрон» в различных рабочих режимах. В докладе представлены фотографии гистологических препаратов из опухолей различной гистоструктуры и из тканей, разрезаемых или удаляемых разными методами.

Исследование показало, что преимуществами радиоволновой технологии являются:

1. Точно дозируемое и контролируемое воздействие на ткань;
2. Идеально ровный разрез любой конфигурации без какого-либо надавливания на ткань;
3. Отсутствие налипания ткани на инструмент при биполярной коагуляции;
4. Разрез и коагуляция мелких сосудов происходят одновременно («сухое поле»);
5. Отсутствие термического поражения (обугливания) ткани и значительное уменьшение глубины бокового повреждения по сравнению с обычной электрокоагуляцией;
6. Коагуляция происходит только в тех сосудах, которые находятся на поверхности разреза и попали под воздействие радиоволны; вне зоны коагуляции сосуды и эритроциты в них не изменены;
7. Образование на поверхности разреза, выполненного радиоволновым инструментом, тонкой, бесструктурной пленки денатурированных белков толщиной 1-2 мкм, которая может выполнять защитную функцию для раневой поверхности;
8. Разнообразие параметров усиления и мощности позволяет работать на опухолях различной гистоструктуры, плотности и васкуляризации, используя разные режимы и редко прибегая к смене инструментов.

Операционный материал, взятый для патогистологического исследования, сохраняет структуру как удаляемого патологического субстрата, так и соседней мозговой ткани, что позволяет использовать радиоволновые инструменты не только для взятия биоптата при малоинвазивных хирургических вмешательствах, в том числе эндоскопических и стереотаксических, но и обеспечить сохранность окружающего вещества головного мозга.

Все это значительно облегчает хирургу удаление опухоли и взятие материала для гистологического исследования с минимальным травмированием мозгового вещества, сокращает время самой операции, ускоряет течение послеоперационного периода и улучшает результаты хирургического лечения опухолей головного мозга.

ОПУХОЛИ КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕКОНСТРУКЦИЯ

Чиссов В.И., Коновалов А.Н., Решетов И.В., Черкаев В.А., Белов А.И., Зайцев А.М., Кравцов С.А.
Москва

Введение. Реконструкция основания черепа – очень важная процедура в случаях радикальной резекции опухолей основания черепа.

Материалы и методы. Представлено 72 пациентов (мужчин 40, женщин 32), в возрасте от 3,5 до 76 лет, с опухолями основания черепа, распространяющимися на глазницы и параназальные пазухи (доброкачественные 45, злокачественные 27). Все эти поражения были разделены на 3 группы:

1 группа. Поражения средней линии (42 случая) включенные дефекты решетчатых и пазухи клиновидной кости, лобные пазухи, средние части верхнечелюстных пазух.

2 группа. Боковые поражения вовлекали боковые части лобной пазухи, верхнебоковые части верхнечелюстной пазухи как боковые дефекты основания черепа (19 случаев).

3 группа. Объединенные дефекты основы черепа включенные и средние и боковые дефекты с широко открытыми параназальными пазухами и носоглоткой. (11 случаев).

Результаты и выводы. Важно подчеркнуть, что реконструкция с лоскутом надкостницы от перед-теменной области должна быть предпочтена в дефектах средней линии. Реконструкция с аутотрансплантатом, используя технику микрохирургии предпочтительна в случае комбинированных дефектов. Дооперационное планирование оптимального метода закрытия дефекта основания черепа зависит от местоположения и распространения опухоли основания черепа.

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Решетов И.В., Черкаев В.А., Белов А.И., Зайцев А.М.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва, Россия

Цели. Лечение больных с черепно-лицевыми злокачественными опухолями связано с высоким риском осложнения течения и летальности.

Материалы и методы. С 1992 по 2007гг было прооперировано 895 пациентов, в возрасте от 8 до 74 лет совместной бригадой хирургов МНИОИ им. Герцена и НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. Во всех случаях выполнялась дооперационная биопсия, чтобы планировать расширение лечения. Комбинированная терапия включала дооперационное и послеоперационное радио и химиотерапию. Резекции были выполнены у 435 пациентов, в остальных случаях опухоли были удалены фрагментами. Для реконструкции дефектов использовалась техника свободного лоскута.

Результаты и выводы. В течение периода исследования (3–15 лет) из 435 пациентов, которые перенесли блок-резекцию 46,8% умерли, а 53,0% пережили 5летнюю выживаемость. Из 460 пациентов, которые перенесли удаление опухоли фрагментами 81% умерли, 17,7% пережили 5летний рубеж. Мультидисциплинарный подход к этой проблеме необходим, включая фундаментальное исследование биологической природы опухолей, комплекс современных диагностических методов, радио и химиотерапию и совместную хирургическую команду. Наш случай демонстрирует, что черепно-лицевая блокрезекция улучшает выживаемость у больных с черепно-лицевыми злокачественными опухолями.

ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ

РАК ШЕЙКИ МАТКИ НА СТАДИИ CARCINOMA IN SITU В ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Атрошенко Е.Р.

Курс онкологии медицинского института Орловского Государственного Университета, Областной онкологический диспансер; Курск, Россия

Лечение рака шейки матки на стадии carcinoma in situ является вторичной профилактикой инвазивного рака, способствуя значительной экономии средств, затрачиваемых на лечение больных.

Целью исследования явилось анализ заболеваемости раком шейки матки на стадии carcinoma in situ, разработка рекомендаций для его выявления.

Материалом для исследования послужило 124 клинических случая рака шейки матки на стадии 0 и I в период 1996–2005гг. в Орловской области. Из них выявлено 33 случая carcinoma in situ, что составляет 26,6 % от I стадии рака шейки матки. Средний возраст больных carcinoma in situ составил 42 года, а I ст. – 49 лет. В 31 случае опухоль располагалась в экзоцервиксе. В 2 – в цервикальном канале. Большая часть пациенток (76 %) не предъявляла жалоб. Большинство обследованных женщин находилось в репродуктивном периоде 27 (82%), 6 (18%) – в постменопаузе. Диагнозы верифицированы при гистологическом исследовании препаратов шейки матки в 88%. По материалам проведенного исследования органосохранные операции (высокая ампутация шейки матки, электроконизация шейки матки) выполнены 18 женщинам (55%), в остальных 15 (45%) случаях пациенткам сделана надвлагалищная ампутация матки и экстирпация матки с придатками. Лучевая терапия, в составе комбинированного лечения, проведена 2 (6%) пациенткам.

Все больные, пролеченные по поводу преинвазивной карциномы, живы и находятся под наблюдением.

Исследование показало, что с целью повышения эффективности выявления рака на стадии carcinoma in situ необходимо: на I этапе – первичное выявление (скрининг). Сама локализация – шейка матки – удобна для осмотра, что способствует обнаружению патологии на раннем этапе. Развитие carcinoma in situ в инвазивный рак составляет

около 10 лет, важно не пропустить этот период, а выявить опухоль на преинвазивной стадии. На II этапе – методы углубленной диагностики при подозрении на онкопатологию шейки матки.

ХИРУРГИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ IIB-IIIb СТАДИЙ: НЕОБХОДИМОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТЬ

Ашрафян Л.А., Антонова И.Б., Алешикова О.И., Люстик А.В.

Лечение рака шейки матки IIB-IIIb стадий до настоящего времени остается одной из сложных проблем в онкогинекологии. Показатели пятилетнего излечения на протяжении последних 30 лет, несмотря на модернизацию технологических и клинических параметров лучевой терапии, мало изменились. Включение современной химиотерапии в комплекс лечебных мероприятий сформировало условия, позволяющие выполнить полноценное хирургическое вмешательство в объеме расширенной экстирпации матки с придатками (модификация Вертгейма-Мейгса – III-IV тип).

С 2003 по 2007 гг. в РНЦРР получили лечение 58 пациенток раком шейки матки IIB-IIIb стадий. Многокомпонентное (неадьювантная химиотерапия+операция+лучевая терапия) лечение удалось провести 52 пациенткам. 6 пациенток переведены на сочетано лучевую терапию.

Применение неoadьювантной химиотерапии на первом этапе позволило:

добиться уменьшения объема первичной опухоли и метастатических узлов у подавляющего числа пациенток (у 52 из 58) – 89,7%;

добиться лекарственного патоморфоза в первичном опухолевом очаге в 76,9% наблюдений, а в лимфоузлах у 84,6%.

При этом, операбельность составила 90,0%, радикальность 73,1%.

Проведенный этап научного исследования поставил перед клиникой проблему – обосновано ли хирургическое вмешательство у данной категории пациенток?

Решение этой проблемы связано с ответом на два основополагающих вопроса:

какова реальность отдаленного метастазирования на момент начала терапии?

какова радикальность выполненного хирургического этапа?

По первому вопросу исследования продолжают. По второму вопросу сформированы принципы интраоперационных и послеоперационных доказательств.

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Букуев Н.М., Султангазиева Б.Б., Макиметов Э.К.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Рак шейки матки (РШМ) занимает второе место после новообразований молочной железы в структуре женской онкологической заболеваемости и является важной медицинской, а также социальной проблемой. Ежегодно в Кыргызской республике выявляется от 400 до 450 первичных больных раком шейки матки.

Цель исследования. Оптимизация и улучшение качества хирургического вмешательства при ранних формах рака шейки матки.

Материал и методы. За 2001–2004 гг. по данным Национального центра онкологии МЗ КР собраны и проанализированы результаты хирургического лечения РШМ при Ia, Ib и IIa стадиях у 47 пациенток и преинвазивного рака у 9 женщин. Возраст больных колебался от 28 до 56 лет. Гистологически в 45 случаях РШМ был представлен плоскоклеточным неороговевающим раком и в двух наблюдениях был выявлен ороговевающий тип. Выживаемость больных РШМ высчитана с помощью таблицы дожития.

Результаты исследования. Из 9 пациенток с преинвазивным РШМ в 7 случаях выполнена операция экстирпация матки с придатками и в одном наблюдении экстирпация матки без придатков. В одном случае у больной 25 лет выполнена органосохраняющая операция ампутиация шейки матки по Штурндорфу. Всем остальным пациенткам (47) в плане комплексной терапии на первом этапе произведены расширенные радикальные операции по типу Вертгейма. При этом производилась гистерэктомия с тазовоподвздошной лимфаденоэктомией. Послеоперационной летальности не было. Частота послеоперационных осложнений составила 16%, и в основном они носили инфекционный характер. Кровотечение и несостоятельность культи не наблюдались. Из 56 оперированных больных по поводу ранних форм РШМ в сроки до 3 лет живы 53 (94,6%). Три пациентки умерли от прогрессирования основного заболевания в сроки от 20 до 38 месяцев. После хирургического лечения 75% больных получили адьювантные курсы (3–4) химиотерапии. Одно, двух и трехлетняя выживаемость для всех ранних стадий РШМ составила 98,2%, 96,4% и 94,6%, соответственно.

Закключение. Расширенные оперативные вмешательства (гистерэктомия с лимфаденоэктомией по Вертгейму) являются оптимальным выбором хирургического вмешательства при раннем раке шейки матки и позволяют добиться высокой выживаемости.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Бурмистров М.В., Сигал Е.И., Иванов А.И., Бродер И.А., Морошек А.А.

Клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Татарстан, г. Казань

Цель исследования. Анализ результатов малоинвазивных вмешательств у больных облигатным предраком пищевода (пищевод Барретта).

Материалы и методы. С 1996 года по 2007 год в отделении хирургии пищевода КОД МЗ РТ проходило лечение 53 пациента с пищеводом Барретта (ПБ). Возраст пациентов составил от 16 до 78 лет. Во всех случаях диагноз ПБ установлен на основании эндоскопической двойной хромокопии (2,5% водный раствор Люголя + 0,25% спиртовой раствор метиленовой сини) с последующим гистологическим и иммуногистохимическим (с цитокератинами 7 и 20) исследованием биоптатов слизистых оболочек нижней трети пищевода, в которых обнаруживался метаплазированный по кишечному типу эпителий. У 35 пациентов (66%) имелся короткий сегмент ПБ. Длинный сегмент был выявлен у 13 (24,6%), а ультракороткий (<1см) у 5 (9,4%) больных. Максимальная выявленная протяженность сегмента ПБ составляла 13 см, а минимальная – 0,5 см. При гистологическом исследовании у 45 (85%) больных диспластических изменений на фоне метаплазии Барретта выявлено не

было, из оставшихся 8 (15%) пациентов у 6 (11,3%) была обнаружена дисплазия легкой степени, а у 2 (3,7%) – дисплазия тяжелой степени. Сочетание ПБ с другими осложнениями ГЭРБ имелось у 19 (35,8%) пациентов. Наиболее часто отмечалось сочетание ПБ с пептической язвой пищевода, диагностированной у 14 (26,4%) больных, и пептической стриктурой пищевода, которая была верифицирована у 9 (17%) пациентов. В 1 (1,9%) случае наблюдалось пищеводное кровотечение.

Результаты. 25 (47,2%) больным была выполнена лапароскопическая фундопликация по НиссенуРозетти. 20 (37,7%) – лапароскопическая фундопликация по НиссенуРозетти в сочетании с последующей аргоноплазменной коагуляцией метаплазированного эпителия нижней трети пищевода. 6 (11,3%) больным на фоне длительной антирефлюксной консервативной терапии была выполнена аргоноплазменная коагуляция метаплазированного эпителия нижней трети пищевода. Оставшимся 2 (3,8%) больным была выполнена экстирпация пищевода с одномоментной пластикой по поводу небужируемых пептических стриктур пищевода. Эндоскопический контроль осуществлялся через 3, 6, 9, 12 месяцев и далее 1 раз в год. Для оценки и сравнения результатов применения антирефлюксной хирургии и комплексного алгоритма в лечении ПБ мы разделили все полученные исходы лечения на 3 группы: выздоровевшие (в течение срока наблюдения не отмечалось гистологических признаков рецидива ПБ и эндоскопических признаков рецидива ГПОД и ГЭР), рецидив ГПОД (в течение срока наблюдения выявлены эндоскопические признаки рецидива ГПОД и ГЭР в том числе в сочетании с гистологическими признаками рецидива ПБ вплоть до развития АКП) и рецидив ПБ (в течение срока наблюдения не выявлено эндоскопических признаков рецидива ГПОД и ГЭР, но выявлены гистологические признаки рецидива ПБ вплоть до развития АКП). Из 25 больных, получивших только лапароскопическую фундопликацию по НиссенуРозетти, рецидив ПБ в течение срока наблюдения был выявлен у 7 (28%), в то время как в группе, где применялось сочетание лапароскопической фундопликация по НиссенуРозетти с последующей аргоноплазменной коагуляцией метаплазированного эпителия нижней трети пищевода, ни у одного больного рецидива ПБ в течение срока наблюдения обнаружено не было. При этом в обеих группах отмечалась практически одинаковая частота рецидивов ГПОД 16% и 15% для группы хирургического и комплексного лечения соответственно, рецидив ГПОД и ГЭР в обеих группах лечения в 100% случаев сопровождался гистологическими признаками рецидива метаплазии Барретта. Лечение было эффективным у 17 (85%) больных из группы комплексного лечения и у 14 (56%) больных получивших только антирефлюксную операцию. У 3 (12%) больных из группы хирургического лечения развилась АКП, у 1 (4%) больного на фоне рецидива ГПОД и у 2 (8%) больных на фоне рецидива ПБ. Развитие АКП наблюдалось как на фоне возобновления ГЭР, так и в его отсутствии. В группе комплексного лечения не было отмечено ни одного случая развития АКП. 3 больным с развившейся в течение срока наблюдения денокарциномой Барретта была выполнена трансхиатальная экстирпация пищевода с одномоментной пластикой стеблем из большой кривизны желудка. 1 больной умер от прогрессирования заболевания через 4 месяца, 2 живы по настоящее время, хотя сроки наблюдения не превышают 2 лет. Из 6 больных, которым была выполнена только аргоноплазменная коагуляция метаплазированного эпителия нижней трети пищевода у 5 (83,3%) в течение срока наблюдения (от 2 до 4 лет) были обнаружены гистологические признаки рецидива ПБ.

Заключение. Все больным ПБ показано хирургическое лечение, при отсутствии противопоказаний. Лапароскопические антирефлюксные операции являются адекватным пособием в лечении ПБ, как осложнения ГЭР.

При наличии ПБ, независимо от типа метаплазии, показана эндоскопическая аргоноплазменная коагуляция измененной слизистой оболочки пищевода в послеоперационном периоде. При сочетании ПБ с аденокарциномой нижней трети пищевода показана трансхиатальная экстирпация пищевода с одномоментной пластикой стеблем желудка.

Все пациенты с ПБ должны находиться на пожизненном диспансерном учете, как потенциальные онкологические больные.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ТЕЛОМ МАТКИ С ФАКТОРАМИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА

Горбунова В.В., Левицкая И.Г., Путря Е.В.

ГУЗ "Клинический онкологический диспансер" департамента здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия

Современные достижения хирургии и анестезиологии позволили расширить показания к выполнению технически сложных оперативных вмешательств. Однако это не оказывает существенного влияния на ближайшие и отдаленные результаты лечения. Основной причиной являются локорегиональные рецидивы.

Цель исследования. Оценить результаты комбинированного лечения больных раком тела матки (РТМ) с использованием послеоперационной лучевой терапии.

Материалы и методы. В исследование включены 142 больные РТМ с факторами неблагоприятного прогноза, местным распространением опухоли, пролеченные в 2001–2006 гг. Средний возраст составил 58,2 года.

По стадиям заболевания (FIGO 1988) больные распределились: I стадия РТМ диагностирована у 76 пациенток (53,5%), II – у 44 (30,9%), III – у 22 (15,5%). Преобладающая гистологическая структура – аденокарцинома различной степени дифференцировки: высокой – 6%, умеренно – 40%, низко – 36%. На долю железисто-плоскоклеточного рака приходилось 8,2%, светлоклеточной аденокарциномы – 9,8%.

Всем больным на I этапе проведено хирургическое вмешательство: у 68% в объеме простой экстирпации матки с придатками, у 32% в сочетании с тазовой лимфаденэктомией.

Важное влияние на клиническое течение рака тела матки имеют факторы неблагоприятного морфологического прогноза (глубина инвазии в миометрий, площадь поражения, низкая степень дифференцировки, наличие раковых эмболов в сосудах).

С учетом неблагоприятных морфологических признаков на II этапе проводилась лучевая терапия. У 102 пациенток реализована программа СЛТ чередованием дистанционного облучения малого таза в режиме традиционного, либо среднего фракционирования 1,5 Гр 2 раза в день через 5 часов до СОД4044 Гр и внутритканевой гамма терапии, проведенной на аппарате «Агат- ВУ» путем подведения ооидов к культе влагалища, РОД 3 Гр, СОД 21 Гр. У 32 выполнена только дистанционная лучевая терапия в том же режиме. СОД4044Гр.У 8 на единичные метастазы во влагалище (с преимущественной локализацией под уретрой или нижней трети влагалища) выполнена внутритканевая гамма терапия, СОД 1821 Гр. Результаты пятилетней выживаемости больных при РТМ при комбинированном лечении составили при I–II стадиях – 82,3%, при III – 62%. Тяжелых лучевых реакций и осложнений не отмечено.

Выводы. У больных РТМ с прогностически неблагоприятными факторами прогноза проведение послеоперационной лучевой терапии позволяет получить достаточно высокие результаты 5летней выживаемости при хорошей переносимости.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНВАЗИВНЫМ И МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Ланов А.В., Ахметзянова А.В., Манненков П.М.

Клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Татарстан, г.Казань

Цель исследования. 1) разработать индивидуальный подход в лечении пациенток инвазивным и местнораспространенным раком шейки матки с учетом возраста больных и морфологии опухоли; 2) разработать тактику дооперационной подготовки, интра- и послеоперационного ведения пациенток инвазивным и местнораспространенным раком шейки матки.

Материалы и методы. В период с 2000 года по 2006 год на базе онкогинекологического отделения Клинического онкологического диспансера Минздрава Республики Татарстан находилось на лечении 150 пациенток раком шейки матки, в возрасте от 23 лет до 78 лет (средний возраст $41,6 \pm 0,9$ лет). Из них инвазивным раком шейки матки (T16, T2a) – было 111, местнораспространенным раком шейки матки – 39. У больных инвазивным раком шейки матки морфологически были следующие варианты: плоскоклеточный рак был у 98 пациенток; аденокарцинома – у 10; железисто-плоскоклеточный рак – у 2; стекловидно-клеточный рак – у 1. У пациенток местнораспространенным раком шейки матки плоскоклеточный рак был у 20, аденокарцинома – у 15, железисто-плоскоклеточный рак – у 2, стекловидно-клеточный рак – у 1, муцинозный рак – у 1.

Результаты исследования. С целью социальной реабилитации у больных плоскоклеточным раком шейки матки выполнена интраоперационная транспозиция яичников у 21 больной после внутриполостной дооперационной лучевой терапии в дозе 20 Грей по разработанной методике нашей клиники. 90 пациенткам оперативное лечение выполнено после дистанционной лучевой терапии в дозе 16 Грей и внутриполостной лучевой терапии в дозе 20 Грей. Больным (13) не плоскоклеточным инвазивным раком шейки матки первым этапом проводилось 2–3 курса неoadъювантной полихимиотерапии по схеме CAP с последующей предоперационной сочетанной лучевой терапией в дозе 16 Грей дистанционной + 20 Грей внутриполостной, с последующей операцией Вертгейма. Больные местнораспространенным плоскоклеточным раком шейки матки на первом этапе получили химиолучевую терапию: цисплатин 40 мг/м^2 еженедельно + сочетанная лучевая терапия по радикальной программе. Оперативное лечение выполнялось лишь при остаточных опухолях и местных рецидивах (20 пациенток). Пациенткам в возрасте до 40 лет, с целью социальной реабилитации, выполнялась лапароскопическая транспозиция яичников по разработанной в нашей клинике оригинальной методике (10 больных). Пациентки местнораспространенным не плоскоклеточным раком шейки матки (11) на первом этапе получили 3 курса неoadъювантной полихимиотерапии по схеме CAP с последующей сочетанной лучевой терапией и операцией Вертгейма, а остальные 8 – после сочетанной лучевой терапии были прооперированы. Оценен лечебный патоморфоз остаточных опухолей: 1 степени у 1 больной, 2 – у 3, 3 степени – у 10 и 4 степени – у 5. На дооперационном этапе больным после сочетанной лучевой терапии производилось стентирование мочеточников. Интраоперационно выполнялась коррекция лапаротомного доступа 4 ранорасширителями PCK10, гемостаз выполнялся с помощью аппарата Liga Sure, дренирование брюшинного пространства осуществлялось двухпросветными воздухоотруйными дренажами по принятой в клинике методике, адаптированной к гинекологическим операциям.

Выводы:

1. По полученным данным тактика ведения больных в лечении пациенток инвазивным и местнораспространенным раком шейки матки с учетом возраста больных и морфологии опухоли индивидуальна.
2. Разработанные технологии дооперационной подготовки, интра- и послеоперационного ведения пациенток инвазивным и местнораспространенным раком шейки матки позволили предотвратить следующие осложнения: послеоперационная стриктура мочеточников (при комплексном лечении), образование брюшинных лимфокист и прикультевых инфильтратов, снизить интраоперационную кровопотерю, сократить время операции и послеоперационные койко-дни.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЛИМФАТИЧЕСКИХ КИСТ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ВЕРТГЕЙМА

А.В. Панов, А.В. Ахметзянова

Россия, Клинический онкологический центр Министерства здравоохранения Республики Татарстан, г. Казань

Цель исследования. Профилактика лимфатических кист с помощью методики дренирования брюшинного пространства малого таза активными воздухоотруйными двухпросветными дренажами после операции Вертгейма.

Материалы и методы. С 2000 года по 2006 год на базе отделения онкогинекологии Клинического онкологического центра Министерства здравоохранения Республики Татарстан находилось на лечении 150 больных злокачественными новообразованиями шейки матки, в возрасте от 23 до 78 лет (средний возраст $41,6 \pm 0,9$ лет). По стадии заболевания больные распределились следующим образом: рак шейки матки T16N0M0 – 78, T16N1M0 – 9, T2aN0M0 – 12, T2aN1M0 – 10, T26N0M0 – 25, T26N1M0 – 8, T36N0M0 – 6, T36N1M0 – 1, T4aN1M0 – 1.

Результаты исследований. Из 150 пациенток оперативное лечение первым этапом было у 29 пациенток; после предоперационной гамма терапии (внутриполостная 20 Грей + дистанционная 16 Грей) – у 80; сочетанной гамматерапии по радикальной программе – у 33; после 3 курсов неoadъювантной химиотерапии + сочетанной гамматерапии по радикальной программе – у 8.

После удаления препарата культи влагалища ушивалась наглухо. Три брюшинных дренажа устанавливали в obturatorные ямки и к культе влагалища. После узловой перитонизации 4й дренаж устанавливался в полость малого таза. Дренажи удалялись после прекращения экссудации на сроках 7–25 дней (в среднем 10 дней). Лимфатические кисты в послеоперационном периоде развились у 2 пациенток (1,3%).

Выводы:

1. Подобное послеоперационное ведение больных считаем патогенетически обоснованным.
2. Внедренная методика ведения больных после операции Вертгейм позволила уменьшить развитие лимфатических кист брюшинного пространства до 1,3%.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ МАРКЕРА CA125 В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВОВ СЕРОЗНОГО РАКА ЯИЧНИКОВ

Покуль Л.В., Порханова Н.В.

ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер» департамента здравоохранения Краснодарского края; Краснодар, Россия

Актуальность исследования определяется возрастающими показателями рецидивирующих форм серозного рака яичников, с одной стороны, и недостаточным ресурсом диагностических методов, имеющихся на современном этапе в арсенале отечественной онкологии. В этой связи отмечается особая диагностическая информативность маркера CA125. Однако

остаются спорными и окончательно не сформулированными критерии оптимальности этого маркера в диагностике и лечении женщин с серозным раком яичников.

Цель определить оптимальный показатель опухоли-ассоциированного маркера CA125 у пациенток с серозным раком яичников в безрецидивном периоде.

Материалы и методы. Проведено исследование 303 пациенток, пролеченных в ККОД гор. Краснодара за период с 2000–2007 гг. Больные пошаговым анализом были разделены на две возрастные группы: в первую вошли 224 пациентки, средний возраст $37,6 \pm 4,38$ лет; во вторую – 74 женщины в периоде менопаузы и постменопаузы, средний возраст $53,8 \pm 3,16$, что является лет, статистически достоверном различием возрастных показателей в группах (при $t=6,24$ $p < 0,001$). По всему испытываемым проводился ежемесячный мониторинг маркера CA125. Методом случайного контроля женщины подверглись повторному хирургическому вмешательству в виде диагностической лапароскопии и операций, не связанных с основной патологией, но позволяющих провести оценку органов брюшной полости.

Результаты. В первой группе из 224 больных 91,5 % (205 чел.) имели 1–2а стадии заболевания, а остальные 19 чел. (8,4 %) – 2б–3а стадии. Во второй группе из 74х пациентов 91,8% (68 чел.) диагностировались по 1–2а стадиям, а 6 человек (8,1%) – по 2б–3а стадиям. Всем пациентам проведено комплексное лечение первичной опухоли. По степени дифференцирования опухоли группы статистически значимо не отличались (при $*=1,63$ $p > 0,05$). Ежемесячный контроль CA 125 находился в диапазоне $3,75 \pm 0,814$ Ед/мл. При росте показателя опухоли-ассоциированного маркера выше 5,4 Ед/мл в 1й группе у 178 чел. (79,5%) выполнена диагностическая лапароскопия, во время которой обнаружены диссеминированные рецидивы, не выявляемые инструментальными методами обследования (УЗГДС, КТ). У 46 больных (20,5%) рост CA125 коррелировал с макроскопически выявляемым рецидивом заболевания, который был удален во время операции «second look». Во второй группе у 58 человек (78,3%) проведено хирургическое вмешательство по поводу сопутствующей патологии (вентральные послеоперационные грыжи, желчнокаменная болезнь и др.). При этом уровень маркера CA125 находился у них в диапазоне от 4,1 до 5,4 Ед/мл ($M=4,96 \pm 0,362$). Интраоперационно метастатических рецидивов выявлено не было. 16ти пациентам (21,6 %) при показателе CA125 выше 5,4 Ед/мл также, как и в аналогичных ситуациях в 1й группе, выполнена диагностическая лапароскопия, с обнаруженными интраоперационно «просовидными» диссеминациями в брюшной полости.

Выводы. Результаты исследования дают основание говорить, что прогностически значимым уровнем опухоли-ассоциированного маркера CA125 в безрецидивном периоде, не зависимо от возраста пациента, является показатель не превышающий 5,4 Ед/мл. Превышение верхней границы этого диапазона можно рассматривать как рецидив заболевания с соответствующим определением тактики ведения больного.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПРОСНИКА FACTG.

Ульрих Е.А., Михеева О.Н., Тамбиева З.А., Урманчеева А.Ф.

СанктПетербургская медицинская академия последипломного образования; г. СанктПетербург, Россия

Благодаря современным методам лечения, достигнуты стабильные и достаточно высокие показатели выживаемости пациенток с локализованными формами злокачественных опухолей шейки матки. Однако в результате обширных радикальных операций, длительного облучения возможны различные осложнения, нередко приводящие к утрате качественных характеристик жизни, с возможной инвалидизацией женщин.

Цель исследования. Изучение качества жизни больных раком шейки матки I, II стадий, подвергшихся радикальному лечению.

Материалом исследования послужили данные 100 больных плоскоклеточной формой рака шейки матки I, II стадий, получавших радикальное лечение в период с 2004 по 2006 гг. в НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова и Ленинградском областном онкологическом диспансере. Использована методика Ч.Д.Спилберга Ю.Л.Ханина и международный инструмент оценки качества жизни – FACTG (Functional Assessment Cancer Therapy General, Version 4, 2002г., с согласия FACIT Committee), в динамике: до, после и через 3, 6, 9, 12, 18 месяцев после лечения.

Результаты. На момент установления диагноза уровень качества жизни больных раком шейки матки составил $72,2 \pm 2,2$ балла (FACTG) и коррелировал с возрастом (моложе 40 лет – $75,1 \pm 1,5$ баллов, старше 40 лет – $69,6 \pm 1,3$ баллов). Однако психоэмоционально хуже реагировали крайние возрастные группы моложе 30 лет и старше 50 лет (личностная тревожность – $46,2 \pm 4,7$ балла). К окончанию хирургического и комбинированного методов лечения регистрировалась тенденция к улучшению общих показателей FACTG, но не достигающих исходных ($69,6 \pm 5,4$ балла). Однако в группе сочетанной лучевой терапии сохранялся низкий показатель качества жизни ($64,0 \pm 5,8$ балла), что при анализе отдельных шкал объясняется ранними осложнениями лечения. Через 3 месяца после лечения уровень качества жизни в группах хирургического и комбинированного методов лечения не только достигал исходных цифр, но и превышал их с дальнейшей тенденцией к увеличению (к 18-му месяцу – $88,9 \pm 4,2$ баллов); тогда как в группе сочетанного лучевого метода лечения показатели достигли исходного уровня только к 6му месяцу (к 18му месяцу – $76,0 \pm 8,7$ баллов).

Заключение. Оценка показателей качества жизни больных раком шейки матки, получающих радикальное лечение, необходима для определения социально-медицинских мероприятий по адаптации больных к лечению и в их последующей реабилитации.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ТЕЛА МАТКИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО МЕЖДУНАРОДНОМУ ОПРОСНИКУ FACTG

Ульрих Е.А., Михеева О.Н., Урманчеева А.Ф.

СанктПетербургская медицинская академия последипломного образования, г. СанктПетербург, Россия

Рак тела матки можно отнести к злокачественной опухоли с относительно благоприятным прогнозом (5летняя выживаемость превышает 75%).

Цель исследования. Оценить качество жизни больных раком тела матки после радикального лечения.

Материал исследования. Больные раком тела матки I, II стадий ($n=99$), получавших радикальное хирургическое ($n=68$) и комбинированное ($n=31$), лечение в Ленинградском областном онкологическом диспансере (2003–2006 гг.), а также 50 пациенток в состоянии клинической ремиссии более трех лет. Средний возраст – 59,7 лет (от 39 до 80 лет). Использован международный инструмент оценки качества жизни – FACTG (Functional Assessment Cancer Therapy General, Version 4, 2002 г., с согласия FACIT Committee) в динамике: до и после лечения: через 3 мес., 6 мес., 12 мес. Проанализировано 495 опросников.

Результаты. На момент установления диагноза уровень качества жизни больных раком тела матки составил 65,7±2,3 баллов. Соматическое состояние было отягощено: ишемической болезнью сердца (52%), гипертонической болезнью (69%), сахарным диабетом II типа (15%). Инвалидность по соматическим заболеваниям была у 36,4% женщин.

Через 3 месяца после окончания лечения наблюдалось некоторое улучшение общих показателей качества жизни (по FACTG) преимущественно за счет шкалы «эмоционального благополучия» (13,6±0,9 и 17,8±0,7, p<0,05), тогда как «социально-семейное благополучие» снижалось (16,9±0,8 и 15,7±1,2 баллов, p>0,05). Данная тенденция сохранялась на протяжении 12 месяцев после лечения (FACTG общий – 71,4±3,3, «физическое благополучие» – 22,0±1,2, «функциональное» – 16,1±1,2, «социально-семейное» – 15,5±1,3, эмоциональное – 17,7±0,9 баллов).

Среди больных, находившихся в состоянии клинической ремиссии более трех лет, увеличилась частота соматических заболеваний: сахарный диабет второго типа (с 16,0% до 32,0%), ишемическая болезнь сердца (с 52,0% до 68,0%), в 94,0% случаев – артериальная гипертензия (до операции – в 68,0%), FACTG составил 67,4±2,6 балла.

Заключение. Больные раком тела – пациентки преимущественно пожилого возраста (59,7 лет), отягощенные соматическими заболеваниями имели низкий уровень качества жизни по всем функциональным шкалам на момент установления диагноза (65,7±2,3 баллов, по шкале FACTG), без существенной позитивной динамики в дальнейшем по всем шкалам, за исключением эмоциональной.

ОПУХОЛЕВЫЕ МАРКЕРЫ В ДИАГНОСТИКЕ ПОГРАНИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Громова М.А., Афанасьева Э.А., Борисов В.И., Солопова А.Г., Табакман Ю.Ю.

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, кафедра акушерства и гинекологии, Онкологический клинический диспансер № 1

Диагностика пограничных опухолей яичников или опухолей потенциально низкой степени злокачественности, представляет определенные сложности ввиду отсутствия специфической клиники и недостаточной точности применяемых диагностических методов. В то же время пограничные опухоли наиболее распространены в репродуктивном возрасте, а обнаружение их в I стадии позволяет провести органосохраняющую операцию с сохранением фертильности.

Цель исследования. Оценить возможность применения некоторых опухолевых маркеров для ранней диагностики пограничных опухолей яичников.

Материал исследования: клиничко-морфологические данные 86 больных пограничными опухолями яичников, получавших хирургическое и комбинированное лечение в условиях Московского городского онкологического диспансера №1 за период с 2004 по 2007 гг.

Гистологическая структура была представлена серозной пограничной опухолью у 61,6% и муцинозной пограничной опухолью у 38,4% пациенток. 55,8% пациенток имели стадию заболевания IA, 8,1% IB стадию, 13,9% – IC, 8,1% – II, 12,8% – III и 1,2% – IV. Возраст больных на момент постановки диагноза был от 19 до 70 лет.

Определение опухолевых маркеров (CA125, CA19,9 CA153, и PЭА) в сыворотке крови проводилось у всех пациенток до операции методом иммуноферментного анализа с использованием высокоспецифичных моноклональных антител.

Высокий уровень маркера СА 153 был показанием для дополнительного проведения маммографии с целью исключения заболевания молочных желез. У пациенток с высоким уровнем PЭА или СА199 исключалось возможное заболевание желудочно-кишечного тракта.

Результаты. CA125 выше 35 ед/мл имели 51,2% пациенток, CA199 выше 37 ед/мл – 24,4%, CA153 выше 30 ед/мл – 15,1%, PЭА выше 4 нг/мл – 24,4%.

В 37,2% случаев выявлено повышение уровня одного из исследованных опухолевых маркеров, в 12,8% – двух опухолевых маркеров, 8,1% – трех опухолевых маркеров, 4,7% – всех четырех.

При IA стадии заболевания по классификации FIGO хотя бы один из опухолевых маркеров был повышен у 47,9% пациенток, IB стадии – у 42,9%, IC стадии – у 58,3%, III и IV стадиях – у 100%.

Повышенный уровень CA125 выявлен у 62,3% больных с серозной и 33,3% с муцинозной пограничной опухолью, CA199 – у 13,2% и 42,2%, CA153 – у 7,5% и 27,3%, PЭА – у 15,1% и 39,4% соответственно.

Маркер СА125 был повышен у 48,7% пациенток с I стадией и 100% со II, III и IV стадией серозной пограничной опухоли, 28,6% и 60% пациенток соответственно с муцинозной пограничной опухолью; CA199 – у 12,8% и 14,3%, 35,7% и 80%; PЭА – у 15,4% и 14,3%, 39,3% и 40%; CA153 – у 7,7% и 7,1%, 28,6% и 20% соответственно.

Чувствительность опухолевых маркеров увеличивалась со стадией заболевания, для CA125 была выше при серозной пограничной опухоли, CA199, CA153 и PЭА – при муцинозной опухоли.

Заключение. Чувствительность опухолевых маркеров CA125, CA19,9 CA153, и PЭА для диагностики I стадии пограничной опухоли яичников невысока, увеличивается со стадией заболевания. Повышение CA125 может свидетельствовать о серозной, CA199, CA153 и PЭА – муцинозной пограничной опухоли.

ГЛИОМАТОЗ БРЮШИНЫ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ДИССЕМИНАЦИИ НЕЗРЕЛОЙ ТЕРАТОМЫ ЯИЧНИКА

Давыдова И.Ю., Кузнецов В.В., Карселадзе А.И., Нечушкина В.М., Морхов К.Ю., Стрельцова О.Н., Карселадзе Д.А.

ГУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Москва

Глиоматоз брюшины является специфической формой диссеминации незрелой тератомы (герминогенной опухоли яичника) и представляет собой разрастание нейроглиальной ткани в сальнике и по брюшине. Имплантаты нейроглии растут под мезотелиальным покровом и никогда не прорастают в органы брюшной полости.

Цель исследования. Изучить клиническую картину и прогноз заболевания при глиоматозе брюшины.

Материалы и методы. В наших исследованиях глиоматоз брюшины наблюдался у 7 больных незрелой тератомой яичника. У 3 пациенток данный вид диссеминации развился после нерадикального лечения. В трех случаях глиоматоз брюшины сопровождался асцитом. Уровень альфа-фетопротейна был повышен в 4 наблюдениях. У трех больных при внешнем отсутствии диссеминации по брюшине и в сальнике имплантаты нейроглии были морфологически доказаны. У остальных больных глиоматоз брюшины выглядел в виде утолщенной брюшины, мелких или крупных узлов серорозового цвета солидной или кистозной структуры по париетальной или висцеральной брюшине и в большом сальнике. Также большой сальник мог быть диффузно утолщенным. Клеточный состав глиоматоза был в основном астроглиальный. Встречалась зрелая нейроглиальная ткань, не отличающаяся от ткани мозга. Также обнаруживались незрелые

нейроэпителиальные элементы, ткань мозжечка, сосудистые сплетения и реже другие, не нервные ткани, в частности хрящевая ткань. Наличие глиоматоза брюшины подтверждает III стадию незрелой тератомы яичника.

Выводы. Установлено, что расширение объема операции до экстирпации матки с придатками не влияло на выживаемость. Отмечено, что при проведении адекватной химиотерапии по схеме ВЕР (4 курсов) после операции течение глиоматоза брюшины было благоприятным. Прослеженность у большинства больных составила 15 и более лет. Необходимо отметить, что после адекватно проведенного лечения, признаки глиоматоза в виде просовидных высыпаний по брюшине оставались и не препятствовали функции органов и тканей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО НЕГОРМОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ

Доброхотова Ю.Э., Венедиктова М.Г., Задонская Ю.Н., Литвинова Н.А.

Российский Государственный Медицинский Университет, кафедра акушерства и гинекологии московского факультета с курсом ФУВ. Россия, Москва

Целью настоящего исследования явилась клиническая оценка эффективности применения препаратов Индинол и Эпигаллат у женщин с гиперплазией эндометрия в пременопаузе. Под наблюдением находились 32 женщины, средний возраст пациенток составил $47,3 \pm 1,53$ лет. Критерием включения в исследование являлись гистологически верифицированный диагноз гиперплазии эндометрия без атипии, отказ пациентки от гормональной терапии и отсутствие показаний для оперативного лечения. Клиниколабораторное обследование включало сбор анамнестических данных, общеклиническое обследование, изучение гормонального статуса (содержание в сыворотке крови ФСГ, ЛГ, эстрадиола и прогестерона), ультразвуковое исследование. Всем пациенткам производилось раздельное диагностическое выскабливание слизистой цервикального канала и полости матки под контролем гистероскопии с последующим патоморфологическим исследованием полученного материала. После получения результатов гистологического исследования пациенткам назначали комбинацию препаратов Индинол (по 2 капсулы два раза в день) и Эпигаллат (по 2 капсулы два раза в день) в течение 6 месяцев. Контроль эффективности лечения осуществляли на основании клинических данных, уровней гормонов сыворотки крови, данных ультразвукового исследования, контрольного диагностического выскабливания или пайпель-биопсии эндометрия.

При клиническом обследовании пациентки предъявляли жалобы на обильные менструации в 65,6% случаях, ациклические кровяные выделения в 46,9% случаях, у 21,9% больных наблюдались пред и постменструальные кровяные выделения, 28,1% обследуемых отмечали боли внизу живота, связанные с менструальным циклом. В результате исследования гормонального статуса у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия мы не выявили отклонений уровней сывороточных гормонов от возрастных нормативных значений. При ультразвуковом исследовании средняя величина Мэхо составила $10,96 \pm 2,63$ мм, эхографические признаки миомы матки обнаружены 75% больных, признаки диффузной формы внутреннего эндометриоза выявлены у 62,5% пациенток. При гистологическом исследовании соскобов из полости матки 62,5% больных выявлена простая типичная гиперплазия эндометрия, в 37,5% случаев – сложная.

После окончания курса лечения меноррагии и метроррагии отмечались у достоверно меньшего числа пациенток – у 34,4% и 15,6% женщин соответственно ($p < 0,05$). Также уменьшилось количество пациенток, предъявляющих жалобы на боли внизу живота, связанные с менструальным циклом – с 28,1% до 15,6%, пред и постменструальные выделения – с 21,9% до 12,5% женщин. Следует отметить отсутствие побочных эффектов во всех случаях применения препаратов. Средние уровни гормонов сыворотки крови обследуемых повторно определяли через 6 месяцев от начала лечения, достоверных различий по сравнению с исходными показателями не выявлено ($p > 0,05$). При ультразвуковом исследовании, выполненном через 3 месяца от начала терапии, средняя величина Мэхо составила $5,22 \pm 1,76$ мм, через 6 месяцев – $5,69 \pm 1,12$ мм. После окончания курса лечения у большинства больных морфологическая картина соответствовала эндометрию в фазе пролиферации, персистенция эндометриальной гиперплазии выявлена у 13,4% пациенток. Среди 4 женщин, у которых лечение было неэффективным (у трех больных с простой типичной гиперплазией эндометрия, у одной – со сложной), ни в одном случае мы не наблюдали прогрессирования процесса, патоморфологический диагноз при контрольном исследовании соответствовал исходному. Таким образом, клиническая эффективность применения комбинации препаратов Индинол и Эпигаллат составила 87,5%.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЯИЧНИКОВ

Ерохина Л.В., Потемин С.Н., Демидов С.Ю., Томашевский Д.В., Бусарова А.В.

ГУЗ «Клинический онкологический диспансер» департамента здравоохранения Краснодарского края; Краснодар, Россия

Важное значение в лечении рака яичников отводится определению уровня опухоль-ассоциированного антигена СА125 как в ранней диагностике, так и на различных этапах лечения.

Целью данного исследования была оценка лапароскопического метода диагностики пациентов с распространенным раком яичников после циторедуктивного лечения.

Методы. 45 пациенток III-IV стадии рака яичников в стадии ремиссии. Результаты: средний возраст пациенток составил 46 лет (от 34 до 58 лет). Все пациентки перенесли циторедуктивные операции с курсами химиотерапии и на момент поступления для лапароскопии не имели клинических проявлений прогрессирования процесса. Поводом для лапароскопического исследования у 27 пациенток явилось повышение уровня СА125, у которых морфологически подтверждено прогрессирование процесса. У 18 пациенток с нормальным уровнем СА125 исследование предпринято в качестве мониторинга проведенного лечения и у 8 из них также выявлен положительный результат. Не было ни одного случая осложнений и перехода к лапаротомии.

Выводы. По нашим данным лапароскопическое исследование является информативным и малоинвазивным методом оценки результатов лечения пациентов с распространенным раком яичников. Применение диагностических лапароскопий в период ремиссии у больных с распространенными формами рака яичников может служить достоверным диагностическим критерием для раннего выявления рецидива заболевания и выбора последующего лечения.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИНИМАВШИХ КОНТРАЦЕПТИВЫ И ПРЕПАРАТЫ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Карапетян Л.Г., Баймурадова С.М., Солопова А.Г., Табакман Ю.Ю., Макацария А.Д.

Кафедра акушерства и гинекологии МПФ ММА имени И.М.Сеченова, Онкологический клинический диспансер №1; Москва, Россия

Цель исследования. Совершенствование принципов профилактики послеоперационных тромбозов и тромбоэмболических осложнений у гинекологических и онкогинекологических больных.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели нами было обследовано 60 женщин в возрасте от 20 до 70 лет принимавших гормональную терапию, эти пациентки составили следующие клинические группы: I группа (n=30) – пациентки принимавшие гормональную контрацепцию; II группа (n=30) – пациентки принимавшие ЗГТ. Отягощенный соматический анамнез отмечался у 40% этих пациенток, при этом доминирующими были метаболический синдром и гипертоническая болезнь.

Контрольную группу составили 30 женщин не получавших гормональную терапию с отягощенным соматическим анамнезом (53%), при этом среди которых доминировали пациенты с варикозным расширением вен и венозной недостаточностью. Пациентки составившие I и II клинические группы (n = 60) и пациентки контрольной группы (n=30) прошли следующее обследование: Определение скрытых генетических и приобретенных дефектов гемостаза предрасполагающих к тромбофилии.

В клинических группах I и II (n=60) отмечалась в анамнезе: у 10% пациенток – дисплазия шейки матки (различной степени тяжести); у 10% – рак шейки матки (I, Ia, II бст); у 5% – атипическая гиперплазия эндометрия, у 5% – эндометриодные кисты правого и левого яичников, у 10% – рак insitu, у 5% – миома матки, у 5% – аденомиоз, у 10% – рак тела матки (I, II ст).

У 30 пациенток составивших контрольную группу в анамнезе выявлена у 10% пациенток – дисплазия шейки матки (различной степени тяжести); у 10% – рак шейки матки (I, Ia, II бст); у 5% – атипическая гиперплазия эндометрия, у 5% – эндометриодные кисты правого и левого яичников, у 10% – рак insitu, у 5% – миома матки, у 5% – аденомиоз, у 10% – рак тела матки (I, II ст). В клинических и контрольной группы отмечалась аналогичная онкологическая патология.

В результате обследования пациенток, составившие клинические группы (n=60) обнаружено: у 20% – эндогенный гипофибринолиз; у 30% полиморфизм предрасполагающие к гипергомоцистеинемии; у 30% АФА к кофакторам. Маркеры ДВС-синдрома – у 100% пациенток.

В результате обследования у пациенток контрольной группы (n=30) обнаружено также: у 20% – эндогенный гипофибринолиз; у 30% полиморфизм предрасполагающие к гипергомоцистеинемии; у 30% АФА к кофакторам. Маркеры ДВС-синдрома – у 100% пациенток.

Дефектов предрасполагающих к геморрагическим диатезам не было выявлено не в одной из обследуемых групп. Сочетанная и мультигенная формы тромбофилии обнаружены у 60% пациенток составившие клинические группы и 70% пациенток контрольной группы. После получения результатов обследования, нами были определены группы риска по возникновению тромбоэмболических осложнений. В этом мы руководствовались как наличием скрытых тромбоэмболических дефектов (генетических и приобретенных тромбофилии), так и уровнем маркеров ДВС – синдрома. Всем пациенткам назначалась антикоагулянтная терапия в зависимости от фонового состояния свертывающей системы крови. Эффективность антикоагулянтной терапии мы оценивали при динамическом контроле маркеров ДВС – синдрома на 2, 5, 7, 14 сутки послеоперационного периода, с последующим контролем маркеров ДВС – синдрома в течение месяца после выписки из стационара. У всех пациенток как клинических, так и контрольной группы отмечалось благоприятное течение послеоперационного периода без тромбоэмболических осложнений, что свидетельствует об эффективности проводимой терапии.

ИОЛТ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ТЕЛА МАТКИ 1 СТАДИИ

Коломиец Л.А., Чивчиш Л.Н., Мусабаева Л.И.

ГУ Научно-исследовательский институт онкологии Томского научного центра СО РАМН, г. Томск, Россия

Цель исследования. – изучить эффективность комбинированного метода лечения с применением интраоперационной лучевой терапии (ИОЛТ) и дистанционной гамма-терапии (ДГТ) у соматически отягощенных больных РТМ 1 стадии при выполнении хирургического вмешательства в объеме экстирпации матки с придатками (ЭМП).

Основную группу составили 40 больных РТМ 1в, с стадии, которым была выполнена ЭМП+ ИОЛТ на культю влагалища в дозе 10 Гр + ДГТ в СОД 44-46 Гр. Курсовая суммарная доза с учетом ИОЛТ составила 6064 Гр по изоэффекту. Контрольную группу составили 46 больных РТМ 1в, с стадии, которым комбинированное лечение проводилось без ИОЛТ. Все больные в зависимости от риска развития рецидива были разделены на подгруппы «низкого», «промежуточного» и «высокого» риска. Удельный вес больных «промежуточного» и «высокого риска» в основной группе составил 80%, в контрольной – 78,3%. Средний возраст больных в группах 57±2,5 лет. Соматическая патология выявлена у 96,7% больных. Сроки динамического наблюдения составили от 6 до 79 месяцев.

Анализ результатов лечения показал, что в основной группе 5летняя общая и безрецидивная выживаемость (определяемая по методу Каплан-Майера) составила 100%. В контрольной из групп «высокого» и «промежуточного» риска у 4 больных был выявлен рецидив заболевания. У 2х больных были метастазы в подвздошные лимфоузлы, у 1 – параортальные, у 1 – местный рецидив. Общая выживаемость в группе составила 95,6%, безрецидивная – 91,2%. Таким образом, проведение ИОЛТ в комбинированном лечении больных РТМ 1в, с стадии целесообразно при «промежуточном» и «высоком» риске рецидива заболевания.

ЛАПАРОСКОПИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Косенко И.А., Матилевич О.П., Акинфеев О.В., Куль А.В., Костевич Г.В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Изучить роль лапароскопии (ЛС) в диагностике, лечении и мониторинге рака шейки матки (РШМ).

Материал и методы. Анализированы результаты 52 ЛС, выполненных у больных РШМ за период 2004–2007 гг. Средний возраст пациенток составил 41,5 г. (23–68 лет). У 9ти (17,3%) женщин был выявлен ранний РШМ (T1a,b) (1я группа), у 43х (82,7%) – местнораспространенный РШМ (T2b3b) (2я группа).

Результаты. ЛС выполнена без осложнений у всех больных. Средняя продолжительность операции была 67,6 мин. (25–175 мин.). Конверсия в лапаротомию имела место в 3х случаях (5,7%).

1я группа (9 пациенток). У шести больных этой группы выполнены лечебные манипуляции в объеме одномоментной ампутации шейки матки и резекции яичников (у одной), а также энтеролиз и аднексэктомия (у пяти). В трех случаях произведены диагностические ЛС, во время которых были исключены метастазы в тазовых лимфоузлах, а также не подтверждены местный рецидив опухоли в тазу и метастаз опухоли в яичнике.

2я группа (43 пациентки). Из 19ти первичных больных у 13ти произведена аднексэктомия и у одной миомэктомия, что позволило провести у них специальное местнорегионарное лечение. У остальных шести первичных пациенток выполнены диагностические биопсии забрюшинных лимфоузлов.

В 24х наблюдениях ЛС осуществлена с диагностической целью в процессе или после завершения лечения. У 3х больных в процессе лучевой терапии (ЛТ) выявлены множественные метастазы в печени, у двух – после первого этапа ЛТ не подтверждены метастазы в яичниках.

У 5ти пациенток после завершения ЛТ не подтверждены сомнения в неизлеченности опухолевого процесса в малом тазу и забрюшинных лимфоузлах.

В разные сроки после завершения консервативного лечения при подозрении на прогрессирование заболевания у 7ми из 14ти больных не был обнаружен дальнейший рост опухоли.

Выводы. Несмотря на небольшой опыт применения ЛС у больных РШМ, проведенный анализ показал, что использование этой процедуры удовлетворительно переносится, выполняет определенную терапевтическую функцию у больных ранним раком, значимо дополняет клинические данные о характеристике опухолевого процесса при запущенных формах болезни и в ходе наблюдения за больными после завершения специального лечения.

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ МНОГОКОМПОНЕНТНЫХ ПРОГРАММ ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ

Каприн А.Д., Ашрафян Л.А., Титова В.А., Костин А.А., Крейнина Ю.М., Шпилова А.Н.

ФГУ Российский научный центр рентгенорадиологии Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель исследования. Улучшение результатов и качества жизни больных после интенсивного многокомпонентного лечения рака шейки и тела матки (РШТМ).

Материал и методы. Среди 40 больных РШМ IIIIV стадии FIGO в возрасте 22–77 лет, которым на 1 этапе лечения проводилась неоадьювантная полихимиотерапия – цисплатин 100мг/м², карбоплатин 450мг/м² в сочетании с 5 – ФУ 2500мг/м² или паклитакселом 135мг/м² двумя курсами с интервалом 28 дней с расширенной экстирпацией матки по Вертгейму у 37 пациенток (92,5 %). У 3 (7,5 %) больных отмечено прогрессирование опухолевого процесса в виде роста первичной опухоли и появления регионарных/отдаленных метастазов. Элементы опухоли по границе резекции диагностированы у 16,7% больных. У 8,3% больных после резекция мочеточников или мочевого пузыря потребовались реконструктивно-пластические вмешательства.

Результаты. Осложнения со стороны мочевого пузыря были у 6 (15%); гематологические нарушения по типу панцитопении Преже III степени – у 17(42,5%) больных; почечная колика у 2 (5%) больных; лимфоциты/гематомы – у 8 (20%) с дренированием у 2 (5%) больных. Среди 75 неоперабельных больных РШТМ нефростомия и стентирование мочеточников выполнены до облучения у 15 (20%) и 13 (17,3%) больных соответственно; постоянная катетеризация мочевого пузыря потребовалась 1(1,3%) больной до восстановления мочеиспускания после СОД 40Гр. Хирургический этап при местно распространенном РШТМ сопряжен с увеличением объем вмешательства и кровопотери; у 30% больных; стойкой анемией 2–3 ст., 2% с плановыми реконструктивно-пластическими операциями на органах таза и брюшной полости; развитием лимфоцит, влияющих на функцию мочеточников. Проведение лучевой терапии на фоне адреноблокаторов (омник); системной озонотерапии и низко интенсивного импульсного лазерного воздействия у 45 больных снизили интенсивность осложнений до 0–1 степени.

Заключение. При местно распространенном РШТМ необходима предоперационная/предлучевая коррекция нарушений, обусловленных опухолевой болезнью (длительное дренирование мочевых путей стентами, нефростомия); при расширенном объеме хирургического лечения, риске «интраоперационной / радиационной травм», диагностированном нарушении пассажа мочи по мочеточникам.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Леонов М.Г.

МУЗ «Онкологический диспансер» г. Новороссийск. Россия

Исследование проведено по материалам популяционного канцеррегистра Краснодарского края за период 1997–2006 гг.

Рак шейки матки (РШМ) – наиболее частая злокачественная опухоль женских половых органов в Краснодарском крае. В структуре общей онкопатологии среди жен в 2006 г. РШМ занимал 8е место. За 10 лет РШМ был впервые установлен у 5212 женщин. Эта цифра за анализируемый период увеличилась на 28,2%. Распространенность заболеваемости РШМ в 2006 г. составила 18,7 на 100 тыс. женского населения, при среднероссийском показателе 17,3.

При сравнении среднероссийских с краевыми очевидно, что стандартизованное число заболевших РШМ в крае в 1,1 раза превосходит аналогичный показатель 2006 г. по России. В структуре онкогинекологической заболеваемости населения края в первом пятилетии (1997–2001) доля РШМ составила 34,7%, а в период 2002–2006 гг. – 30,6%. На фоне стабилизации уровня заболеваемости РШМ удельный вес его в структуре общей онкозаболеваемости женщин края остается высоким (5%).

За анализируемый период наибольший риск возникновения РШМ соответствует возрасту 40–69 лет с пиком заболеваемости в 50–59 лет.

В первом пятилетии наибольшая заболеваемость РШМ в возрасте 40-69 лет с пиком заболеваемости в 60-69 лет, а во втором пятилетии – в возрасте 50-69 лет с пиком заболеваемости в 50-59 лет. Медиана возраста больных РШМ в первом пятилетии равна 50,3 года, а во втором – 52,4 года.

Интенсивный показатель заболеваемости РШМ за период 1997-2006 гг. был выше среди селянок по сравнению с городскими жительницами на 41,9%, а стандартизованный – на 60% ($p < 0,05$). За анализируемый период наибольшее снижение заболеваемости РШМ отмечается в городской местности.

Таким образом, стабилизация заболеваемости РШМ на территории края в период 1997-2006 гг. связана со снижением заболеваемости в возрастных группах до 50 лет и 60-69 лет, и увеличением в возрасте 50-59 лет. Темпы снижения у сельских женщин ниже, чем у городских.

Изучение причин краевых особенностей распространения, возрастную динамику заболеваемости и факторов, способствующих высокой или низкой заболеваемости РШМ, позволит внести существенный вклад в понимание патогенеза и обоснование конкретных мер профилактики РШМ.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ГЕМОТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ

Литвинова Т.М., Косенко И.А., Истомин Ю.П., Фурманчук Л.А.

ГУ «Республиканский научнопрактический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», Минск, Республика Беларусь

Цель работы. изучить в эксперименте влияние внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) на процессы метастазирования, включить лазерную гемотерапию в план лечения рака эндометрия (РЭ) и оценить результаты комбинированного лечения больных.

Эксперимент выполнен на 34 мышах (3 группы) с карциномой легких Р167. Первая группа служила контролем. Животные 2й группы получали сеанс брахитерапии в дозе 10 Гр на аппарате «microSelectronHDR», 3й – процедуры ВЛОК, сеанс облучения с последующим удалением опухоли. Изучали частоту метастазирования, общее и среднее число метастазов в легких.

В клиническое исследование включены 197 больных раком РЭ I стадии. Пациенткам 1й группы (101 женщина) лечение начинали с сеанса брахитерапии в дозе 13,5 Гр на аппарате «microSelectronHDR», затем выполняли пангистеректомию с курсом дистанционной лучевой терапии в дозе 40 Гр на область малого таза. Комбинированное лечение больных 2й группы (55 женщин) было дополнено 8 процедурами ВЛОК, 3й (47 женщин) – 10. Для ВЛОК использовали аппарат «ЛЮЗАР-МП» (длина волны 0,67 мкм, мощность 1,5-2,0 мВт). Изучали послеоперационные осложнения, лучевые реакции и выживаемость.

Установлено, что ВЛОК снижает общее число метастазов в легких мышей в 4,6 раза, среднее – 4,2 ($p < 0,001$), брахитерапия соответственно – в 9,9 раз и 5,8 ($p < 0,001$). Сочетание ВЛОК, брахитерапии и удаления опухоли уменьшает общее число метастазов в 28,3 раза, среднее – в 15,4 ($p < 0,001$).

При изучении результатов лечения больных РЭ оказалось, что число послеоперационных осложнений составило в 1й группе – 36,6%, 2й – 14,9%, 3й – 17,1%, количество лучевых реакций было равно 35,6, 9,1 и 6,4%. Рецидивы обнаружены у 2 (2,0%) больных контрольной группы, метастазы – у 12 (11,9%) 1й и одной (2,1%) – 2й. Общая 3-летняя выживаемость была соответственно равна 86,1±3,4, 95,1±3,0, 100%; безрецидивная – 87,8±3,3, 93,0±3,6, 97,8±2,1%.

Сочетание ВЛОК, брахитерапии с удалением опухоли обладает в эксперименте наиболее выраженным противометастатическим действием. Использование лазерной гемотерапии при лечении больных РЭ позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений, лучевых реакций и повысить показатели 3-летней выживаемости. При этом более выраженным эффектом обладает 10 процедур ВЛОК.

К ВОПРОСУ ОБ АДЪЮВАНТНЫХ МЕТОДАХ, ПОВЫШАЮЩИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ

Литвинова Т.М., Косенко И.А., Фурманчук Л.А., Таргонская Г.К.

ГУ «Республиканский научнопрактический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», Минск, Республика Беларусь

Цель работы. оценить непосредственные и 3-летние результаты комбинированной терапии больных раком тела матки I стадии с использованием лазерной гемотерапии и сравнить полученные данные с эффективностью хирургического лечения.

Материалом для исследования послужила информация о 146 больных раком тела матки I стадии, которые в зависимости от метода лечения были разделены на две группы. В 1ю группу вошли 105 женщин (лечение – хирургическое, в объеме экстирпации матки с придатками), 2ю – 41 пациентка, которой аналогичная операция была дополнена 10 процедурами внутривенного лазерного облучения крови и сеансом предоперационной брахитерапии в дозе 13,5 Гр на аппарате «microSelectronHDR». Больные обеих групп были сопоставимы по возрасту, сопутствующим заболеваниям, гистотипу опухоли и распределению на IA, B и C подстадии. Лазерную гемотерапию проводили в течение 30 минут на аппарате «ЛЮЗАРМП» низкоинтенсивным излучением длины волны 0,67 мкм и мощностью на выходе одноразового световода 1,5-2,0 мВт.

После операции у 38 (36,2%) больных 1й группы возникло 48 (45,7%) осложнений, среди которых преобладали сердечнососудистые (17 (16, 1%)) и анемия II степени (16 (15,2%)). Общее число осложнений во 2й группе было меньше в 2,8 раза (17 (17,1%)). Заболевания сердечнососудистой системы диагностированы у 3 (7,2%) пациенток, анемия – у 1 (2,4%).

Судьба больных обеих групп прослежена в течение трех лет. В 1й группе общая наблюдаемая выживаемость составила 87,3±3,4, во 2й – 100%, безрецидивная – соответственно 85,2±3,7 и 100%, что статистически значимо ($p < 0,001$).

Новая методика комбинированного лечения больных РТМ I стадии с использованием 10 процедур лазерной гемотерапии и сеанса брахитерапии в дозе 13,5 Гр позволяет:

- снизить число послеоперационных осложнений;
- повысить показатель 3-летней общей и безрецидивной выживаемости до 100%.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В КЫРГЫЗСТАНЕ

Макимбетов Э.К., Игисинов Н.С., Умаралиева Г.К.

Кыргызско-Российский Славянский университет, Бишкек, Кыргызстан

Целью настоящего исследования изучить заболеваемость раком яичников (РЯ) у женщин репродуктивного возраста (РВ) в Кыргызстане. Материал и методы. Материалы Национального центра онкологии, касающиеся РЯ у женщин РВ (15-49 лет) за 8 лет (1999-2006 гг.). Используются данные Национального статистического комитета о численности женского населения РВ за 1999-2006 гг. Вычислены грубые (ГП), усеченные стандартизованные (УСП) и выравненные показатели заболеваемости РЯ у женщин в РВ по общепринятым методам санитарной статистики. Стандартизованный показатель вычислен усеченным методом стандартизации предложенный Doll и Cook и использовано мировое стандартное население. Определены средний возраст больных, средняя ошибка, 95% доверительный интервал (95% ДИ), среднегодовые темпы прироста (Тпр, %). Результаты. В республике зарегистрировано 1 126 больных РЯ, из них 465 (41,3%) пациенток были в РВ. Распределение по возрастным группам было следующим: 15-29 лет - 94 (20,2%) больных, 30-39 лет - 112 (24,1%) и 40-49 лет - 259 (55,7%) больных. Средний возраст больных РЯ у женщин РВ составил 37,9±0,5 лет, который имел тенденцию к «омоложению» с 39,6 лет (1999 г.) до 38,2 лет (2006 г.) и при выравнивании снижался (Тпр=+0,4%). Среднегодовой ГП заболеваемости РЯ у данной категории больных в целом по республике составил 4,3±0,30/0000 (95% ДИ=3,7-4,90/0000), а УСП - 4,6±0,30/0000 (95% ДИ=4,1-5,20/0000). В динамике они имели тенденцию к росту. Так, выравненные ГП (Тпр=+3,7%) и УСП (Тпр=+2,9%) росли. Возрастные показатели заболеваемости РЯ у женщин фертильного возраста показали унимодальный рост с пиком в позднем РВ 40-49 лет. Так, заболеваемость РЯ в 15-29 лет составила 1,60/0000 (95% ДИ=1,2-2,10/0000). В 30-39 лет заболеваемость выросла в 2,5 раза по отношению к предыдущей возрастной группе - 4,00/0000 (95% ДИ=2,9-5,00/0000), а в 40-49 лет показатели выросли в 7 раз по сравнению с возрастом 15-29 лет и составили 11,20/0000 (95% ДИ=10,112,40/0000). Возрастные показатели в 15-29 лет и 40-49 лет имели тенденцию к росту. Выравненные показатели заболеваемости выросли в 15-29 лет (Тпр=+8,3%) и в 40-49 лет (Тпр=+3,0%). В возрастной группе 30-39 лет показатели заболеваемости при выравнивании имели незначительную тенденцию к снижению (Тпр=+0,4%). Выводы: 41,3% больных РЯ зарегистрированных в республике приходится на РВ. Средний возраст больных в динамике имеет тенденцию к «омоложению». Высокие показатели заболеваемости выявлены в 40-49 лет. Тренды показателей заболеваемости РЯ у женщин РВ растут. Ключевые слова: рак яичников, репродуктивный возраст, заболеваемость.

ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Мамедова Л.Т., Кузнецов В.В.

ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН; Москва, Россия

Удельный вес онкологических больных 60 лет и старше в клинике хирургической онкогинекологии РОНЦ возрос. Вопрос о выборе метода лечения у этой категории больных является наиболее сложным. Наглядным примером субъективного подхода к выбору метода лечения служит прочно устоявшаяся практика лечения операбельных больных раком шейки матки (РШМ) пожилого и старческого возраста лучевой терапией.

Цель исследования. Изучить возможности хирургического лечения больных РШМ пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Клинический материал составили 420 больных пожилого (60 лет и старше) и молодого возраста (1845 лет) первичным РШМ I, II, III клинических стадий, которым проведено лечение в отделении гинекологии ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. В соответствии с классификацией FIGO (1989) из 259 больных основной группы I стадия РШМ отмечена у 83 (32,1%), II стадия - у 110 (42,5%) и III стадия - у 64 (25,5%) больных. В контрольной группе из 161 больной I стадия РШМ установлена у 87 (54,0%), II - у 37 (22,9%) и III стадия также у 37 (23,0%) больных.

Из 259 больных основной группы только хирургическое лечение проведено 29 (11,2%) больным, лучевое - 181 (69,9%) и комбинированное - 49 (19,0%) больным.

Из 161 больной контрольной группы хирургическое лечение проведено 51 (31,7%), лучевое - 44 (27,3%) и комбинированное - 66 (41,0%) больным.

В основной группе из 259 больных операции выполнены 78 больным: РЭМП (или без придатков) выполнена 36 (14,0%) больным, ЭМП (или ЭМБП) - 39 (15,1%) больным, ЭМП и РСБ - 2 (0,8%) и одной больной (0,2%) - конизация шейки матки. В контрольной группе из 161 больной операции выполнены 117 больным: РЭМП (или без придатков) выполнена 93 (58,0%) и ЭМП (или без придатков) - 24 (15,0%) больным.

Результаты. В основной группе после хирургического лечения только у 10 (12,8%) больных возникли осложнения по сравнению с 31 (26,5%) больной молодого возраста ($p < 0,05$), основную часть которых составили прекультевые воспалительные инфильтраты, 6,4% и 7,7% соответственно группам.

Заключение. Таким образом, проведение хирургического вмешательства у больных РШМ пожилого и старческого возраста в объеме РЭМП при отсутствии противопоказаний к хирургическому лечению не ведет к увеличению частоты осложнений.

ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗНО ЯИЧНИКОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ РАНЕЕ В НЕОНКОЛОГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ

Марьенко А.С., Гачкайло А.И., Романюк А.Г., Картавцева Т.А., Зейналов Р.А., Быстрова О.В.

ОМГМА, ГУЗОО КОД

Нередко онкологу приходится сталкиваться с проблемой лечения больных опухолями яичников, первичная операция у которых выполнена в стационарах общелечебного профиля. Данная особенность, а так же то, что эта группа представлена больными преимущественно репродуктивного периода, определяет необходимость выработки особой тактики их лечения. Целью исследования явилась выработка подходов к стадированию и лечебным мероприятиям у пациенток с ЗНО яичников, оперированных в неонкологических стационарах. Материалы: 8 больных злокачественными опухолями яичников репродуктивного возраста ранее оперированных в стационарах общелечебного профиля, обратившиеся в Омский онкологический диспансер в 2007 г. Результаты. Анализ морфологической картины показал, что наиболее часто (62,5%) в исследуемой группе встречались т.н. «пограничные» опухоли. Реже - серьезные аденокарциномы (25%) и в одном случае (12,5%) злокачественная

опухоль из клеток Сертоли. Стадию опухолевого распространения на момент поступления в онкологический стационар едва ли можно назвать истиной, т.к. объем операции редко превышал аднексэктомия на стороне поражения. Лишь в двух случаях было выявлено метастатическое поражение большого сальника (25%), у остальных пациенток распространённость ограничивалась первой стадией. Рассматривая предшествующую операцию как фактор неблагоприятного прогноза, план лечения всех больных включал проведение химиотерапии, а у большей части (87,5%) выполнение в последующем повторной операции в стандартном объёме. Интересно то, что у всех больных при гистологическом исследовании материала не было обнаружено продолженного опухолевого роста. Объяснением заниженных объёмов операции в неонкологических стационарах является обычно отсутствие возможности выполнения морфологического экспресс-исследования и трудности трактовки морфологического заключения. В настоящее время нам видится уместной следующая тактика, применимая к больным репродуктивного возраста с опухолью яичника, в случае если интраоперационно обнаружены признаки предполагаемой малигнизации опухоли и нет возможности в выполнении адекватного экспресс-исследования. Объём операции в это случае расширить до «минимального радикального» – аднексэктомия на стороне поражения, резекция противоположного яичника, оментэктомия, биопсия брюшины, взятие смывов из брюшной полости. Выводы. Основные трудности в определении тактики лечения больных с ЗНО яичников, оперированных в неонкологических стационарах, заключаются в отсутствии качественного хирургического стадирования и необходимости выполнения повторной операции после программы лекарственного лечения. В качестве рекомендаций можем предложить выполнять «минимальный радикальный» объём операции больным репродуктивного периода с подозрением на ЗНО яичника и отсутствием возможности интраоперационной постановки диагноза.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ АНЕМИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Масчан А.А.

ФНКЦ Детской Гематологии, Онкологии и Иммунологии Росздрава

Утомляемость и слабость наряду с болью являются главными синдромами, нарушающими качество жизни онкологических больных. Одной из основных причин утомляемости и слабости является анемия, с которой на том или ином этапе болезни сталкиваются не менее 70% больных со злокачественными опухолями. Особенно обостряется проблема анемии при проведении современной химиотерапии. Традиционными подходами к коррекции анемии являются лечение основного заболевания и гемотрансфузии, каждый из которых небезупречен, как в плане эффективности, так и с точки зрения побочных эффектов. Прогрессивным подходом к лечению анемии у пациентов, получающих химиотерапию, является использование эритропоэтинов. Высокие дозы эритропоэтинов альфа или бета, позволяют добиться нормализации уровня гемоглобина у 2/3 пациентов. В то же время короткий интервал циркуляции «старых» эритропоэтинов заставляет вводить их 1-3 раза в неделю, что делает их использование неудобным, особенно у амбулаторных пациентов. Синтез дарбэпоэтина (Аранесп, Амджен) – долгоживущего производного эритропоэтина, позволил преодолеть многие недостатки, присущие стандартным эритропоэтинам. В отличие от эритропоэтинов, в белковой части молекулы дарбэпоэтина осуществлены замены аминокислот, позволяющие увеличить количество сайтов гликозилирования до 7 (вместо максимум 5). Эти замены не изменили стабильности молекулы и ее антигенной структуры. Увеличение удельного веса сиаловых кислот резко увеличивает период полужизни молекулы до 72х часов в сравнении с 5-8 часами для эритропоэтинов альфа и бета. Некоторое снижение аффинности к рецептору эритропоэтина полностью компенсируется увеличением времени стимуляции Эпорецептора. Помимо длительного периода полужизни в механизме длительной стимуляции Эпорецептора важную роль играет «реутилизация» как диссоциированного с рецептором дарбэпоэтина, так и повторное высвобождение внутриклеточного дарбэпоэтина, интернализированного после связывания с рецептором. Исследования различных временных схем и дозировок дарбэпоэтина показали его высокую эффективность как в отношении повышения уровня гемоглобина, так и в отношении профилактики гемотрансфузий. Препарат может применяться в дозе 2,25 мкг/кг 1 раз в неделю или 6,75 мкг/кг 1 раз в 3 недели. Параллельное введение препаратов парентерального железа увеличивает эффективность дарбэпоэтина на 13%.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАКА ЯИЧНИКОВ СЕРОЗНОГО И МУЦИНОЗНОГО СТРОЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Мильчаков Д.Е.

Кировский областной клинический онкологический диспансер, г. Киров, Россия

Изучение особенностей распространения злокачественных опухолей серозного и муцинозного строения и факторов, способствующих высокой или низкой заболеваемости отдельными локализациями рака в различных регионах вносит существенный вклад в понимание патогенеза и обоснование конкретных мер профилактики карцином (Бохман Я. В., 1989 г., 1993; Хансон К. П. и соавт., 1999 г.; Kurin A. W. 2005 г.).

Согласно проведенной оценке состояния общего и репродуктивного здоровья населения с учетом экологического мониторинга Кировской области (Ашихмина Т.Я., Сюткин В.М., 1997) выяснилось, что важнейшие факторы антропогенных воздействий на экологические ресурсы биосферы наших территорий являются типичными для большинства субъектов Федераций. Оказалось, что в районах области имеется около 40 мест захоронений токсикантов, в том числе отравляющих веществ, отходов радиохимических производств, предприятий военнопромышленного комплекса и Минобороны.

Поэтому вся область экспертным путём с учётом данных литературы (Бурков Н.А., 1996; Ашихмина Т.Я., Сюткин В.М., 1997) была разделена на два класса территорий, исключая областной центр и крупные города областного подчинения:

22 экологически неблагоприятных района;

16 экологически благоприятных районов.

При анализе 549 наблюдений заболеваемости злокачественными опухолями яичников серозного и муцинозного строения в различных районах Кировской области достоверно установлено, что экологически благоприятные территории не всегда могут быть эпидемиологически благоприятными в отношении рака яичников, и наоборот. Проведя сравнительный анализ полученных данных, назрела необходимость о вводе терминов «Эпидемиологически благоприятный район» и «Эпидемиологически неблагоприятный район». Коэффициент достоверности составил – 2,49, что убедительно доказывает правильность выбранных приоритетов и даёт основание утверждать об онкоэкологическом мониторинге области.

Комплексная реализация онкологической программы по нескольким направлениям, позволяет обозначить реальное положение дел в отношении наиболее часто встречающихся форм рака в регионе. Это в свою очередь будет

способствовать определению первоочередных задач практического здравоохранения по раннему выявлению, диагностике и профилактике в целом, что непременно приведёт к качественному изменению ситуации запущенного ракового процесса и конечного результата выживаемости пролеченных больных.

ОБЪЕМ ПАРААОРТАЛЬНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ (РШМ) Ib И IIa СТАДИЙ

Мухтарулина С.В., Ушаков И.И., Лысенко М.В.

ФГУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко», Москва, Россия

Целью настоящего исследования явилось изучение частоты и локализации пораженных тазовых и парааортальных лимфатических узлов (ЛУ) при РШМ с целью решения вопроса об объеме парааортальной лимфодиссекции (ПАЛД).

В исследовании обобщены наблюдения за 20 пациентками с морфологически подтвержденным диагнозом РШМ Ib и IIa стадий, находившимися на лечении в отделении онкогинекологии ФГУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» за период с 2006 по 2008 год. На первом этапе лечения 11 больным РШМ Ib2 стадии проведена предоперационная сочетанная лучевая терапия. Всем больным выполнялась радикальная гистерэктомия III типа и систематическая тазовая и ПАЛД различного уровня: 12 больным – тотальная (от уровня левой почечной вены) ПАЛД и 8 – ПАЛЭ от уровня нижней брыжеечной артерии (НБА). Для статистического анализа с целью определения значимости различий применяли точный критерий Фишера.

Среднее количество удаленных ЛУ у пациентки составило 22. В 4 (20%) случаях было отмечено лимфогенное метастазирование: 2 – в наружные подвздошные ЛУ, 1 – в obturatorные ЛУ, 1 – в наружные подвздошные и obturatorные ЛУ. При этом, частота метастазов в тазовые ЛУ в группе больных с размером опухоли шейки матки 24 см (n=9) составила 22,2 % (2) случаев, а в группе больных, где опухоль шейки матки была более 4 см (n=11) – 18,2% (2) (p>0,05). А частота позитивных тазовых ЛУ при умеренно и низкодифференцированных вариантах плоскоклеточного РШМ (n=12) и высокодифференцированном варианте (n=8) была 33,3% (4) и 0,0% (0) соответственно (p>0,05), полученная разница статистически не достоверна. Нами не получены данные о метастатическом поражении парааортальных ЛУ ниже и выше уровня НБА. Исследование не завершено, однако, учитывая отсутствие метастазирования в парааортальные ЛУ выше НБА, с целью хирургического стадирования, уровень ПАЛД, может быть ограничен НБА.

ОНКОМАМОЛОГИЯ

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМИ СТАДИЯМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аверьянова С.В, Гречишников Т.В, Бяхов М.Ю.

НУЗ «Дорожная клиническая больница» ОАО «РЖД»; Саратов, Россия

НУЗ ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко «РЖД»; Москва, Россия

Цель исследования. Достижение максимальной эффективности полной клинической резорбции опухоли у больных с местнораспространенными стадиями РМЖ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 35 больных РМЖ с T4N0M0 в возрасте от 36 до 70 лет. По рецепторному статусу и экспрессии HER2 new были выделены две группы больных: 1я – рецептор положительные – 28,6% (10 пациенток), 2я рецептор отрицательная – 71,4% (25 пациенток). HER2 позитивных (+++; FISH – пол.) больных во 2й группе было 12% (3 женщины). Первый этап лечения – 1я группа пациенток получала неoadъювантную гормонотерапию (ингибиторы ароматазы) в течение 3х месяцев, 2я группа от 2-6 курсов неoadъювантной химиотерапии по схеме FAC. Клиническая эффективность ХТ оценивалась после каждого второго курса, гормонотерапия проводилась перед хирургическим лечением. Второй этап – хирургическое лечение. Третий этап – адъювантная гормонотерапия в 1й группе, независимо от лечебного эффекта, 2я группа – при лекарственном патоморфозе III-IV степени (62,5%), при патоморфозе 0-II – адъювантная химиотерапия таксанами (37,5%), при HER2 new положительном + герцептин (12%).

Результаты. Из 10 пациенток, 1й группы, с положительным рецепторным статусом, полной регрессии ни у одной больной не было достигнуто, у 4 (40%) – частичная регрессия, у 5 (50%) – стабилизация процесса.

У 13 пациенток 2й группы (52%) после проведения 4-6 курсов ПХТ отмечен положительный клинический ответ в виде полной регрессии у 5 и частичный у 8 пациенток. При этом отмечалось увеличение положительного эффекта в зависимости от увеличения количества курсов ХТ. Морфологически полный регресс опухоли был подтвержден у 4 пациенток (патоморфоз IV степени), у 5 – лечебный патоморфоз III степени, у 3 – II степени и у 1 – I степени. У 11 пациенток эффект лечения был признан недостаточным, им была дополнительно проведена лучевая терапия. После выполненной операции у 6 из них отмечался лечебный патоморфоз III-IV степени, у 5 – III степени. Суммарно клинический ответ был получен у 19 пациенток (76%), морфологически лечебный патоморфоз III-IV степени отмечен у 15 (60%).

Выводы. Распространенные стадии РМЖ требуют предварительного лечения перед операцией. Таким образом, при отсутствии позитивного эффекта после второго курса не целесообразно продолжение химиотерапии (37,5% – 0-II ст. лекарственного патоморфоза). При нарастании регрессии опухоли число курсов может быть увеличено до получения максимального клинического эффекта (лимит – токсичность). Обсуждается целесообразность продолжения неoadъювантной химиотерапии со сменой на таксаны или необходимость проведение операции с последующей адъювантной терапией таксанами при отсутствии клинического эффекта после 2го курса CAF.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ИММУННОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ С ОТЕЧНОИНФИЛЬТРАТИВНОЙ ФОРМОЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Барсуков В.Ю., Чеснокова Н.П., Плохов В.Н., Зяблов Е.В.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», кафедра факультетской хирургии и онкологии, кафедра патологической физиологии; Саратов, Россия

Цель исследования. Изучить показатели клеточного и гуморального звеньев иммунной защиты при отечно-инфильтративной форме РМЖ при комплексной терапии. Систематизировать представления о роли отдельных субпопуляций CD8 и CD4Тлимфоцитов, а также Влимфоцитов в механизмах патогенеза ОИФРМЖ.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 34 больных с ОИФРМЖ. Контрольную группу составили 34 практически здоровых женщин. Иммунологическая картина больных была представлена количеством Тлимфоцитов (CD3), Влимфоцитов (CD19), Тхелперов (CD4), цитотоксических Тлимфоцитов (CD8), их отношением. Количественное содержание Влимфоцитов (CD19) сопоставляли с функциональной активностью их субпопуляции на основании определения уровня сывороточных иммуноглобулинов различных классов: IgG, IgA и IgM.

Результаты. В исследуемой группе больных с ОИФРМЖ было зарегистрировано прогрессирующее снижение процентного содержания CD3Тлимфоцитов ($45,12 \pm 1,21$, $p < 0,001$), CD4Тлимфоцитов ($20,56 \pm 1,54$, $p < 0,001$) по отношению к контрольной группе. В то же время, отмечено достоверное увеличение процентного содержания CD8Тлимфоцитов по сравнению с контрольной группой наблюдения ($29,41 \pm 0,54$, $p < 0,001$). Одновременно снижался показатель соотношения CD4/CD8 Тлимфоцитов ($0,71 \pm 0,033$, $p < 0,001$). Также наблюдали максимальное подавление активности Взаисимого иммунитета: содержание в крови IgG ($9,85 \pm 0,187$, $p < 0,001$), IgA ($1,95 \pm 0,026$, $p < 0,001$), IgM ($0,98 \pm 0,013$, $p < 0,001$), уровня CD19Тлимфоцитов ($14,72 \pm 1,025$, $p < 0,001$) было заметно ниже контрольных величин. Спустя сутки после 3 курсов НПХТ по схеме FAC уровни CD3Тлимфоцитов ($41,26 \pm 1,34$, $p < 0,001$) и CD4Тлимфоцитов ($18,59 \pm 1,57$, $p < 0,001$), а также соотношения CD4/CD8Тлимфоцитов ($0,57 \pm 0,028$, $p < 0,001$) снижались по сравнению с нормой. В то же время уровень CD8Тлимфоцитов превышал показатели контроля ($32,71 \pm 0,76$, $p < 0,001$). Использование НПХТ в этой группе больных приводило к критическому снижению уровня всех исследуемых иммуноглобулинов IgG ($6,79 \pm 0,231$, $p < 0,001$), IgA ($1,78 \pm 0,017$, $p < 0,001$), IgM ($0,75 \pm 0,016$, $p < 0,001$) и CD19 Влимфоцитов ($10,53 \pm 1,026$, $p < 0,001$).

Выводы. Снижение CD19Влимфоцитов, IgG, IgA, IgM, CD3Тлимфоцитов, CD4Тлимфоцитов и соотношения CD4\CD8, с одновременным увеличением CD8Тлимфоцитов, имеют очевидную диагностическую и прогностическую значимость при ОИФРМЖ.

ПРЕИМУЩЕСТВА АМБУЛАТОРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Стрыгина Е.А., Сирота Л.Д.

ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер»; Краснодар, Россия

Цель. Обоснование преимуществ лекарственного лечения в амбулаторных условиях при раке молочной железы (РМЖ).

Выявлено, что медицинские показания и противопоказания к применению отдельных схем лекарственной химиотерапии не зависят от места проведения лечения (стационар, амбулаторная химиотерапия). Пациент имел свободу выбора места проведения лечения, лечащего врача.

Химиотерапевтам, проводящим лечение амбулаторно, необходимо иметь полный психо-эмоциональный контакт с пациентом, более подробно вникать в социальные, личные проблемы больного для оценки возможности продолжения амбулаторного лечения и решения проблем возможного самолечения для исключения сочетанных токсических эффектов химиотерапии.

Нами обобщен опыт работы дневного стационара Краевого онкологического учреждения за 7 лет. Мы можем сказать, что пациентки с РМЖ могут получать лекарственное лечение амбулаторно практически на всех этапах:

Неoadъювантную химиотерапию. Перед ее началом в условиях дневного стационара производится трепанбиопсия опухоли молочной железы для определения рецепторного статуса и чувствительности к HER 2 нео.

Адъювантную терапию (с учетом суммарно полученных доз химиопрепаратов после неoadъювантной химиотерапии). Возможно проведение сразу после выписки из маммологического отделения, с учетом наличия перевязочного кабинета.

Гормонотерапию с учетом всех особенностей опухолевого процесса у пациента тем же врачом.

Все виды обследования в срок, т.к. пациент наблюдается одним и тем же врачом, которому доверяет, с которым психологический контакт уже установлен.

1 линию ПХТ при наступлении события. При необходимости сочетание с таргетной терапией.

Продолжение ведения пациента. При необходимости – таргетной терапии длительно.

Преимуществами проведения амбулаторной химиотерапии без учета экономической составляющей являются: снижение риска развития внутрибольничных инфекций; реализация преимуществ режимов химиотерапии с большими временными интервалами между введениями цитостатиков (схемы 1 и 8 день, 1,8 15 дни), так и непрерывной химио-, гормонотерапии, а также таргетной терапии как таблетированными, так и другими формами; возможность разделения потока пациентов в зависимости от тяжести состояния и агрессивности лечения; отсутствие психологического дискомфорта, связанное с необходимостью постоянного пребывания в больничных условиях; пациент не меняет обычный ритм жизни; при необходимости может скрывать факт наличия онкологического заболевания.

Таким образом, врач-химиотерапевт становится единственным врачом – доверенным лицом, который проводит лечение в течение длительного времени, знает его психо-эмоциональный настрой, что отражается на качестве жизни пациента.

РЕКОНСТРУКТИВНОПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ III СТАДИИ

Бекназаров З.П., Наврузов С.Н., Хасанов Р.Ш., Исмагилов А.Х.

Республиканский Онкологический Научный Центр. МЗ РУз; Ташкент, Узбекистан,
Приволжский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН; Казань, Россия,
Клинический онкологический диспансер МЗ РТ; Казань, Россия

Цель исследования. Изучить эффективность различных способов реконструктивно-пластических операций в лечении больных РМЖ III стадии, влияние их на улучшение качества жизни, физическую и социальную реабилитацию.

Материалы и методы. Проанализированы проспективные результаты лечения 100 больных с различными вариантами одномоментных и отсроченных реконструктивно-пластических операций при РМЖ III стадии (T14 N03M0) за период с 1999 по 2007 гг. При клиническом анализе исследуемой группы у 54 пациенток была диагностирована IIIA стадия, а у 46 пациенток – IIIB стадия заболевания. В 56 случаях выполнена мастэктомия с одномоментной реконструкцией TRAMлоскутом. В 23 случаях – транспозиция TDL-лоскута. 15 операций проведены с имплантацией экспандера под большую грудную мышцу. За этот период выполнено 6 отсроченных реконструктивно-пластических операций со сроком давности после мастэктомии от 1 до 6 лет. Свободная пересадка TRAMлоскута была проведена в 9 случаях. В 2х случаях с целью адекватного кровоснабжения взяты DIEA-лоскуты без мышечной массы. В 13 случаях выполнена мастэктомия с одномоментной транспозицией TRAMлоскута с «подкачкой». В 28 случаях – радикальные операции с одномоментной транспозицией TRAMлоскута на мышечных ножках. В 23 случаях – транспозиция лоскута широчайшей мышцы спины. Из них в 2 случаях перемещение TDL с местной пластикой с целью закрытия раневого дефекта реципиентной зоны при распадающейся опухоли. 15 операций проведены с имплантацией экспандера под большую грудную мышцу. В 30 случаях при расположении опухоли в центральной и медиальной зоне радикальные операции с одномоментным восстановлением выполнялись с видеоторакоскопической парастернальной лимфодиссекцией. Пациентки находились в клинике среднем 24–26 дней.

Результаты. В 2х случаях развивался тромбоз в ближайшем послеоперационном периоде (2%), 7 краевых некрозов произошло на 100 операций (7%). Кроме осложненных случаев во всех остальных отмечен хороший косметический результат. Общая пятилетняя выживаемость при III A стадии составила 76,7±3,8%, III B – 64,4± 3,3%.

Выводы. Реконструктивные операции при РМЖ III стадии не влияют на течение болезни и не являются препятствием для проведения адъювантной химиолучевой терапии, улучшают качество жизни и являются профилактикой постмастэктомического синдрома у больных.

ПРИМЕНЕНИИ РЕКОНСТРУКТИВНОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЗАКРЫТИИ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ III СТАДИИ

Бекназаров З.П., Наврузов С.Н., Хасанов Р.Ш., Исмагилов А.Х.

*Республиканский Онкологический Научный Центр. МЗ РУз; Ташкент, Узбекистан,
Приволжский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН; Казань, Россия,
Клинический онкологический диспансер МЗ РТ; Казань, Россия*

Цель исследования. Изучить эффективность различных способов реконструктивно-пластических операций при закрытии раневых дефектов в лечении больных РМЖ III стадии.

Материалы и методы. Проанализированы 10 случаев использования методик восстановительной хирургии с целью закрытия значительного раневого дефекта в лечении больных РМЖ III стадии за период с 2001 по 2007 год. Для закрытия раневого дефекта использовали перемещенные TDLлоскуты на питающих ножках – 4 случая, TRAMлоскуты – 5 случаев и комбинация 2х и более видов лоскутов в одном случае. В одном случае использован TDLлоскут с целью возмещения большого дефекта кожи при РМЖ по Пейти с видеоторакоскопической парастернальной лимфодиссекцией при удалении опухоли центральной локализации диаметром 1,6 см. В другом случае при мастэктомии по Пейти с удалением конгломерата подмышечных и подключичных ЛУ у больной с первичной отечноинфильтративной формой РМЖ T4N2M0 (после проведенной химиолучевой терапии) был использован TRAMлоскут. В одном случае лоскут использовали с целью закрытия дефекта после резекции рецидива в медиальной области рубца – над грудиной. Использовали TRAMлоскут после иссечения рецидива опухоли.

Результаты. При использовании TDLлоскута в одном случае развился рецидив опухоли после двух лет, который был иссечен. При использовании TRAMлоскута отмечен 1 случай краевого некроза. За период наблюдения 2 больных умерли от генерализации опухолевого процесса.

Выводы. Использование методов реконструктивно-пластических операций с целью закрытия значительных дефектов позволяют добиться значительного улучшения результатов лечения за счет расширения границы операционного поля у пациенток с запущенными процессами, дают возможность проведения адъювантной химиолучевой терапии, а также улучшают качество жизни этой тяжелой категории больных.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И РЕКОНСТРУКТИВНОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ И КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ III СТАДИИ

Бекназаров З.П., Наврузов С.Н., Хасанов Р.Ш., Исмагилов А.Х.

*Республиканский Онкологический Научный Центр. МЗ РУз; Ташкент, Узбекистан,
Приволжский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН; Казань, Россия,
Клинический онкологический диспансер МЗ РТ; Казань, Россия*

Цель исследования. Изучить эффективность видеоэндоскопических и других способов реконструктивно-пластических операций в лечении больных РМЖ III стадии.

Материалы и методы. Проанализированы 39 больных с радикальными операциями с различными вариантами одномоментных реконструктивно-пластических операций, а также с видеоэндоскопическими операциями при РМЖ III стадии T14 N03M0. В 30 случаях, при расположении опухоли в центральной и медиальном квадранте, были выполнены видеоэндоскопические и одномоментные реконструктивно-пластические операции. В 16 случаях выполнена мастэктомия одномоментно с видеоторакоскопической парастернальной лимфодиссекцией и реконструкция TRAMлоскутом. Из них в одном случае выполнена «медиальная подкачка». В 5 случаях – радикальная резекция с видеоторакоскопией и транспозицией TDLлоскута. 9 операций проведены с видеоторакоскопической лимфодиссекцией и имплантацией экспандера под большую грудную мышцу. Выполнено 9 лапароскопических овариоэктомий в процессе комбинированного и комплексного лечения рецепторположительного РМЖ III стадии у менструирующих больных. Из них – 2 операции – после реконструкции TDLлоскутом у пациенток III A стадии; 5 операций после одномоментной реконструкции TRAMлоскутом и 2 операции после реконструкции экспандером.

Результаты исследования. При использовании торакодорсального лоскута отмечен 1 случай краевого некроза. Был выявлен рецидив опухоли через 2 года после использования этого лоскута с целью возмещения большого дефекта кожи, который в дальнейшем был иссечен. При использовании ректо-абдоминального лоскута отмечены 2 случая краевого некроза, 2 случая расхождения краев раны с последующим ушиванием, 2 рецидива опухоли после двух лет, которые были иссечены. При использовании экспандеров и эндопротезов в послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. Общая пятилетняя выживаемость при III А стадии составила 78,4±3,6% и 63,3±3,2% при III Б стадии.

Выводы. Радикальные операции с с видеозендоскопией и одномоментными реконструктивно-пластическими операциями у больных с III стадией РМЖ способствуют уточнению стадии заболевания, не влияют на течение болезни, не увеличивают количество послеоперационных осложнений, не препятствуют проведению комбинированной и комплексной терапии и улучшают качество жизни.

СОСТОЯНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПУТИ ЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

Бутаев Г.И., Исаенко М.С.

ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер»; Краснодар, Россия

Цель исследования. Определить популяционный показатель запущенности опухолевого процесса, как одной из основных характеристик диагностического компонента помощи онкологическим больным в учреждениях общей лечебной сети и учреждениях онкологической службы.

Материалы и методы. Анализируя динамику показателей качества онкологической помощи больных РМЖ в Краснодарском крае за 2002–2007 гг. следует, прежде всего, отметить их стабильность. В 2007 г. доля пациентов с диагнозом РМЖ, установленным в IV стадии заболевания, по сравнению с 2002 г. уменьшилась. Снижение удельного веса IV стадии за 5 лет составило для РМЖ 13,4%. Однако истинный показатель запущенности при раке молочной железы выше, так как следует считать больных, диагностированных в 3 стадии заболевания. Наблюдается значительное увеличение запущенных случаев с 32% до 33,7% за последние 5 лет

Результаты исследования. На фоне роста заболеваемости женщин РМЖ и показателей смертности от него, критерии, характеризующие состояние онкологической помощи больным в крае, можно признать удовлетворительными. Показатель выявляемости РМЖ составил 18,9% (в 2002 г. – 14,9%). Около двух трети больных выявляется на начальных стадиях заболевания (I–II ст.). Показатель одногодичной летальности имел тенденцию к снижению. Исследуя динамику одногодичной летальности при РМЖ (снижение на 37% за 5 лет), можно сделать вывод об улучшении качества оказания медицинской помощи этой категории пациенток, хотя смертность от рака данной локализации в течение 5 лет находится на стабильно высоком уровне – 31,3–41,2 на 100 тыс. женщин (выше среднероссийского показателя на 6–7%). Существенным прогностическим признаком при РМЖ является распространенность процесса, наличие метастазов в региональной лимфатической системе, гистологическая структура опухоли. При современных подходах лечения РМЖ пятилетняя выживаемость достигает при I стадии 94%, при II стадии – 67%, при III стадии – 52%, при IV стадии всего 22%.

Выводы. Основными мероприятиями, которые могут способствовать улучшению онкологической помощи больным РМЖ должны быть: более совершенная система повышения квалификации врачей онкологов, проведение для врачей общей практики тематических семинаров по ранней диагностике и лечению РМЖ, обязательное знание региональных особенностей распространения РМЖ. Следует активно использовать обязательный осмотр и пальпация молочных желез при всех видах медицинских осмотров женщин, выполнение маммографий, расширение числа смотровых кабинетов, обязательное определение групп риска.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВОГО ГОДА ДЕЙСТВИЯ СКРИНИНГОВОЙ ПРОГРАММЫ В ПОМОРСКОМ ВОЕВОДСТВЕ НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ивона Хрушичка, Януш Яшкевич, Пиотр Рак, Беата Имко-Вальчук

Координационный центр популяционных программ по первичной профилактике рака, клиника пластической хирургии медицинской академии, Гданьск, Польша

Цель исследования. По данным Национального Онкологического Реестра, в 2004 году в Польше было зарегистрировано 12049 случаев РМЖ. В январе 2007 на территории Республики Польша стартовала скрининговая программа ранней диагностики РМЖ. С этой целью было создано 16 областных координационных центров. Выявляемость РМЖ на ранних стадиях позволяет применять органосохраняющие хирургические методики, что повышает качество жизни пациенток.

Материалы и методы исследования. До конца 2007 года в Поморском воеводстве около 59 тыс. женщин выполнило скрининговую маммографию, что составило около 22% от популяции (279 тыс. женщин).

Результаты исследования. Первый год действия скрининговой программы выявил увеличение случаев РМЖ до 2 см, что составило 58% от всех установленных злокачественных опухолей. Был установлен факт РМЖ у пациенток в 114 случаях, которые были направлены на дальнейшее лечение.

Выводы. Благодаря росту ранней диагностике РМЖ увеличилось число органосохраняющих операций молочной железы, что привело к повышению качества жизни пациенток, улучшению психологического комфорта и позволило снизить расходы на лечение и дальнейшую реабилитацию.

ПРОГНОЗ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, СВЯЗАННЫЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ ОРГАНИЗМА ПАЦИЕНТА

Добренский М.Н., Добренская Е.М.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань, Россия

Цель. Улучшение отдаленных результатов лечения РМЖ на основе алгоритма индивидуального прогнозирования и выбора эффективного лечебного воздействия.

Материалы и методы. Проспективно были изучены результаты лечения за 3, 5 и 10-летний периоды у 743 больных РМЖ. В исследовании были включены женщины в возрасте от 27 до 68 лет за период с 1986 по 2006 гг. Использовался прямой метод определения показателей выживаемости. Для индивидуального прогноза использовали факторный анализ, учитывали: возраст, генеративная функция, наследственность, нарушение обмена веществ, функциональное состояние щитовидной железы, иммунологический статус, содержание опухолевых антигенов, этническую принадлежность больных.

Результаты исследования. Отмечено ухудшение прогноза с увеличением возраста и увеличением массы тела. Прогностическая роль фактора наследственности и этнической принадлежности нами не установлена. Повышение содержания в крови РЭА и ферритина свидетельствовало о неблагоприятном прогнозе. Угнетение функциональной активности щитовидной железы ухудшало показатели безрецидивной выживаемости в 2 раза. Ухудшение прогноза отмечено при угнетении иммунологической реактивности больных. Наиболее выраженный супрессивный эффект наблюдался при химиотерапии.

Выводы. Разработанный алгоритм индивидуализации методов терапии с учетом указанных прогностических факторов позволил улучшить отдаленные результаты на 30%.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В БРАХИТЕРАПИИ ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ

Дыхно А.Ю., Харченко В.П., Хмелевский Е.В., Титова В.А., Рожкова Н.И.

ФГУ Российский научный центр Рентгенорадиологии «Агентство Росмедтехнологии», Москва, Россия

Цель исследования. Проспективно дать сравнительную оценку результатов лечения пациенток с начальными стадиями РМЖ (T12,N01,M0) с использованием низкой (LDR Cs137) и высококомпонентной (HDR Ir192 Microseletron) мультикатетерной внутритканевой брахитерапии в качестве буста. Оценка результатов лечения группы пациенток с низким риском развития локорегионарного рецидива, где возможно применение только HDR Ir192 брахитерапии, после органосохраняющего хирургического лечения, как ускоренного парциального облучения молочной железы (АРБИ) оставшейся части молочной железы.

Материалы и методы. Первую часть исследования составили 162 пациентки РМЖ (T12,N01,M0, получившие лечение в отделении Радиохирургии РНЦ РР с 1996 по 2002гг. Из них 73 (45,1%) – была выполнена органосохраняющая операция (квадрантэктомия) с подмышечной лимфаденэктомией + мультикатетерная внутритканевая брахитерапия Microseletron LDR Cs137 10 Гр буст + ДГТ СОД 50 Гр., РОД 2Гр. на оставшуюся часть молочной железы. У пациенток с поражением аксиллярных лимфоузлов –N1 – дополнительно облучалась над и подключичная область СОД 44-46Гр. Вторую группу составили 37 (22,8%) пациенток – с предоперационной ДГТ 28,5Гр и хирургическим лечением, третья 52 (32,1%) – с квадрантэктомией и послеоперационной ДГТ 50Гр.+10Гр. на ложе удаленной опухоли. Аджьювантную ПХТ 4-6 курсов САФ или 6 курсов СМГ проводили при N1. Аджьювантную гормонотерапию тамоксифеном проводили всем больным с положительным рецепторэстроген статусом.

Результаты исследования. Трех и 5ти летняя безрецидивная выживаемость составила в I группе 95,1% и 90,1%, во II – 82% и 65%, в III – 92% и 88% соответственно. Вторую часть исследования, продолжающегося в настоящее время, составляют пациентки (n=24), у которых дополнительно, наряду с морфологическими, определяются молекулярно-биологические факторы прогноза: serb B2, pсna, p53, используется методика ВАВ маммотом.

Выводы. В связи с переходом на высококомпонентную (HDR Ir192 Microseletron) мультикатетерную внутритканевую брахитерапию будут оценены результаты органосохраняющего лечения + АРБИ у пациенток в селективной группе низкого риска развития локорегионарного рецидива.

РОЛЬ БИОПСИИ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В ВЫБОРЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ермаков А.В., Пак Д.Д.

МНИОИ им. П.А. Герцена, Россия, Москва

Цель. Разработка критериев для экономного хирургического вмешательства с использованием методики идентификации СЛУ у больных с начальными стадиями РМЖ.

Материал и методы. В исследование было включено 74 больных РМЖ, прошедшие хирургическое лечение с 2001 по 2007 гг. с определением СЛУ. Средний возраст больных – 48,9 лет. В соответствии с выработанным диагностическим алгоритмом с использованием радиоизотопного метода для определения возможных путей лимфогенного метастазирования и СЛУ, перед операцией вводили лимфотропный РФП. До операции топографический поиск СЛУ выполнялся при обзорной скинтиграфии на стационарном компьютерном гамма-томографе. Во время операции поиск СЛУ выполнялся с использованием портативного гамма-сканера. В качестве лимфотропного РФП применялся «Наноцисс», представляющий собой коллоид сульфида Рения, меченный радиоактивным модифицированным Технецием99 активностью 37 МБк, разведенный физиологическим раствором до объема 1,0 мл. РФП вводился перитуморально в 4 точки (по 0,25 мл). После операции проводилось морфологическое исследование удаленных как сторожевых, так и несторожевых ЛУ.

Результаты. Локализация опухоли – в наружных квадрантах – 37% больных, на границе верхних квадрантов – у 18,5%, во внутренних – у 20,4%, на границе нижних квадрантов у 16,6% , и центрально – у 7,4%. Размеры первичной опухоли T1 оказались у 47,3% больных, T2 у 50,0%, T3 у 2,7%. Больные с размерами опухоли до 2,5 см составили 66,21%. У 64,8% больных отсутствовали метастазы в аксиллярных ЛУ (N0), у 22,97% больных выявлены метастазы в ЛУ (N1), и у 16,22% – (N2) по классификации TNM. СЛУ, накопившие РФП в подмышечной области выявлены у 98,64% больных. У 29,72% больных в СЛУ обнаружены метастазы рака. Ложноотрицательный результат составил 2,7% – у 2 больных в СЛУ метастазов не было выявлено, хотя они определены в других ЛУ подмышечной области. Больным было удалено всего 873 ЛУ и произведено срочное гистологическое исследование СЛУ. Всего было идентифицировано и исследовано 105 СЛУ, что составило 12,0%. Метастазы при плановом гистологическом исследовании были выявлены у 29 больных в 88 ЛУ из 627 удаленных ЛУ. При срочном гистологическом исследовании метастазы были выявлены в 40 ЛУ у 23 больных. Срочное гистологическое исследование достоверно менее информативно по сравнению с плановым и позволяет определить метастазы у 79,31% больных. Чаще всего СЛУ I уровня (56,75% больных) и метастазы в них у 14 (18,9%). У 16,21% больных СЛУ выявлены во II уровне лимфооттока, из них у 5 (6,75%) обнаружены метастазы. СЛУ III уровня обнаружены у 24,32% больных, из них с метастазами у 3 (4%). У 28 (80%) больных с размерами опухоли T1 выявлены СЛУ только I уровня и у 5 из них (14%) метастазы. У 2 (5,7%) больных выявлены изолированные

С ЛУ II уровня, однако в них метастазов не обнаружено. СЛУ III уровня выявлены у 14% больных, из них с метастазами у 1 (2,8%). У 37 больных размеры первичной опухоли оказались Т2. У 14 больных (38%) выявлены СЛУ I уровня, из них у 9 (24%) были обнаружены метастазы рака. У 10 больных (27%) СЛУ располагались во II уровне, из них у 5 (13,5%) имелись метастазы рака. СЛУ III уровня были у 13 (35%) больных, из них у 2 (5,4%) выявлены метастазы рака. Учитывая эти данные, можно полагать, что у больных с размерами опухоли Т1 (до 2,0см) при отсутствии метастазов в сторожевых ЛУ допустимо ограничиться удалением клетчатки с лимфатическими узлами I уровня метастазирования (лимфодиссекция D1). Ограничение объема операции только удалением СЛУ при размере опухоли Т1, учитывая относительно невысокую информативность срочного морфологического исследования и ложноотрицательные результаты (2,7%), следует считать не совсем допустимым. При опухолях размерами Т2 (до 2,5 см), при отсутствии метастазов в СЛУ, целесообразно удаление клетчатки и лимфатических узлов I и II уровней (лимфодиссекция D1 или D2).

Выводы. Состояние СЛУ подмышечной области при РМЖ отражает состояние подмышечного лимфатического коллектора с точностью 94,4%. При этом специфичность метода составляет – 97,2%, чувствительность метода – 88,8%. Применение метода выявления СЛУ при начальных стадиях РМЖ является эффективным для интраоперационного выявления лимфогенных метастазов, что может определять объем лимфодиссекции у больных начальными стадиями РМЖ.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ МЕТАСТАЗОВ В КОСТИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гатауллин И. Г., Шамсутдинова Я.Ф., Петров С.В.

Клинический онкологический диспансер, г. Казань, Россия

Цель исследования. Оптимизация методов ранней диагностики и прогнозирования метастазов в кости у больных РМЖ.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов клинического обследования, лабораторных методов диагностики и лечения 464 больных РМЖ. Больные были разделены на 2 группы: основную группу составили 248 больных РМЖ с синхронными и метакронными метастазами в кости. Контрольную группу – 216 пациентов – больные РМЖ без отдаленных метастазов.

Результаты. Выявлено что длительность безрецидивного периода уменьшалась с увеличением размеров первичной опухоли, при наличии регионарного метастазирования, в группе больных с HER2/neu позитивным статусом и позитивным статусом по онкогенусупрессору p53. Кроме того, при множественном метастатическом поражении костей скелета гиперкальциемия и повышенный уровень щелочной фосфатазы отмечали у большего числа пациентов, чем при единичном метастазировании в кости. Нами изучено влияние совокупности 30 факторов на прогноз при РМЖ и только с 8 факторами отслежена достоверная корреляционная связь, позволяющая распределить больных на две прогностические группы. На основании полученных данных проведено математическое моделирование индивидуального прогнозирования течения заболевания у больных РМЖ. Анализ проводился с использованием программы Microsoft Excel и дополнительного пакета макросов. Метод был апробирован на 342 больных, достоверность его составила 97%.

Выводы. Принадлежность конкретного пациента по результатам моделирования к группе неблагоприятного прогноза позволяет предложить более тщательную программу диагностических мероприятий, проведение расширенного объема обследований с большей периодичностью и в более ранние сроки, планирование адъювантной химиотерапии уже на ранних стадиях заболевания, возможность адекватного диспансерного наблюдения больных РМЖ.

ГЕНЫ СИСТЕМЫ БИОТРАНСФОРМАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Генс Г.П., Вельшер Л.З., Коробкова Л.И., Рассказчикова Е.С., Гра О.А., Кожекбаева Ж.М., Наседкина Т.В.

Кафедра онкологии и лучевой терапии МГМСУ, Институт молекулярной биологии им. В.А. Энгельгардта РАН; Москва, Россия

Цель. Оценить эффективность систему биотрансформации генов ассоциированных с повышенным риском развития онкологических заболеваний. Показать связь некоторых аллелей генов цитохромов семейства P450, глутатионS-трансфераз с риском развития РМЖ.

Материалы и методы. Был проведен анализ 25 образцов ДНК, выделенных из слюны пациенток, страдающих РМЖ, получавших комбинированное или комплексное лечение. Группу составляли больные с диссеминированной карциномой молочной железы, а также пациентки, получавшие адъювантное лечение по поводу РМЖ. Отягощенная наследственность (онкологические заболевания у родственников первой линии родства) выявлена у 14 человек из всех обследованных, не отягощенная – у 9 человек. Неизвестно – у двух пациенток. Цитостатическую терапию (схема CAF) получали 20 человек, у пяти пациенток химиотерапия, учитывая ранние стадии заболевания, не проводилась.

Результаты. При анализе на биочипе получены следующие результаты. Полиморфные аллели, наличие которых приводит к изменению функции фермента, обнаружены в случае гена CYP1A1 у 6 пациентов, CYP2C19 (позиция G681A) – у 8 пациентов, CYP2C9 (позиция A1075C) – у 1 пациента, CYP2C9 (позиция C430T) – у 4 пациентов, CYP2D6 (позиция G1934A) – у 8 пациентов, CYP2D6 (позиция DelA2637) – не было выявлено, GSTM1 («нулевой генотип») – у 14 пациентов, GSTT1 («нулевой генотип») – у 6 пациентов, MTHFR (позиция C677T) – у 16 пациентов, NAT2 (генотип, определяющий «медленное ацелирование») – у 16 пациентов.

Выводы. В настоящее время проводится сопоставление результатов генотипирования пациентов на биочипе и данных клинических исследований. В будущем планируется расширение исследований с включением большего числа больных.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Харченко В.П., Чхиквадзе В.Д., Хмелевский Е.В., Добровольская Н.Ю., Шуинова Е.А., Станоевич У.С.

ФГУ Российский научный центр рентгенорадиологии Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель. Повысить эффективность органосохраняющего лечения больных РМЖ.

Материалы и методы. С 1980 по 2007 в РНЦР органосохраняющее и реконструктивное лечение по поводу РМЖ проведено 351 больным: в стадии TisN0M0 – 27 (7,7%) больным, в I стадии – 192 (54,7%), во II – 109 (31,0%), и в III – 23 (6,5%) больным. Лечение проводили преимущественно при I-II стадии заболевания. III стадия была установлена после гистологического исследования операционного материала, выявления метастазов в лимфатических узлах. Всем больным проводили комбинированное (236) или комплексное (249) лечение. На I этапе лечения выполнялась широкая секторальная резекция молочной железы с регионарной лимфаденэктомией или мастэктомия по Мадден с одномоментной реконструкцией молочной железы имплантом в сочетании с пластикой ТДЛ или лоскутом широчайшей мышцы спины. У части больных с резекцией молочной железы (73) во время операции устанавливали интрастаты и проводили внутритканевую ЛТ до СОД 10 Гр на оставшуюся часть молочной железы в зоне резекции. Дополнительно после органосохраняющих операций всем больным проводили ДГТ СОД 50–60 Гр на молочную железу и зоны регионарного метастазирования. В зависимости от факторов прогноза (возраст и гормональный статус, наличие рецепторов к эстрогену и прогестерону, экспрессии гена HER2/neu, степени злокачественности опухоли) проводили адъювантную химиотерапию и гормонотерапию.

Результаты. Органосохраняющее лечение позволило добиться хорошего и отличного косметического результата у 75% больных. Общая пятилетняя выживаемость у больных с I и II стадией при комбинированном и комплексном лечении составила 92,1% и 83,3% соответственно. У пациенток с внутритканевым компонентом облучения общая пятилетняя выживаемость составила 98,4%.

Выводы. Органосохраняющее хирургическое лечение в сочетании с лучевой и лекарственной противоопухолевой терапией позволяет получить удовлетворительные отдаленные результаты лечения.

ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Седаков И.Е., Лисовская Н.Ю., Кайряк О.В., Комендант В.В., Хилько Д.А.

Донецкий областной противоопухолевый центр, Донецк, Украина

Цель. Изучить эффективность лечения местно распространенного РМЖ с использованием неоадъювантной ЭЛПХТ.

Материал и методы. Основой данного исследования послужили сведения о 81 пациентке, в возрасте 30 лет и старше, получавших неоадъювантную ЭЛПХТ в плане комплексного лечения в противоопухолевом центре за период с 1999 по 2005 год. У всех пациенток диагностированы первично неоперабельные формы РМЖ (T4adN0M0). На первом этапе выполнялась катетеризация лимфатических сосудов бедра по разработанной в клинике методике. ЭЛПХТ проводили по схеме ЦМФ; в среднем было проведено 2–3 курса. Затем проводилась ЛТ по радикальной программе на молочную железу (СОД 37,5–40 Гр) и зоны лимфооттока (СОД 45–50 Гр).

Результаты. Частота объективного ответа, на проведенное лечение составила 92% (за счет полного ответа в 7% случаев, частичного – 85%). Далее всем пациенткам были выполнены операции в объеме радикальной мастэктомии. Преимущество отдавали модифицированным радикальным мастэктомиям по Пейти-Дайсону и Маддену.

Выводы. Использование методики неоадъювантной ЭЛПХТ по схеме ЦМФ, в лечении местно распространенного РМЖ, позволяет получить высокий уровень объективного ответа опухоли и создает предпосылки для выполнения оперативного вмешательства и проведения комплексного лечения.

МИОПЛАСТИКА КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЛИМФОРРЕИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Исмагилов А.Х., Хасанов Р.Ш., Шакирова Г.И., Гимранов А.М.

Клинический онкологический диспансер МЗ РТ; Казань, Россия

Цель. Оценить эффективность миопластики при РМЖ на течение лимфорреи.

Материал и методы. Наиболее частым осложнением хирургического лечения рака молочной железы продолжает оставаться длительная лимфоррея. Нами разработана оригинальная методика миопластики малой грудной мышцей образованной полости образованной после аксиллярной лимфодиссекции. Мы сравнили объем послеоперационной лимфорреи у больных без и с миопластикой. В контрольной группе средний объем лимфорреи составил 917,25 мл, в основной 185,67 мл за 14 дней ($p < 0,01$).

Результаты. Средний объем раневого отделяемого в первые сутки у больных основной группы составил $35,42 \pm 6,14$ мл., у больных контрольной группы $88,0 \pm 12,69$ мл. (разница – 59,8%; $p < 0,01$). На 14ый день в основной группе средний объем составил $0,584 \pm 0,434$ мл., в контрольной группе $31,9 \pm 4,78$ мл. (разница – 98,2%; $p < 0,01$). У пациенток с использованием метода миопластики в период наблюдения до 6 месяцев постмастэктомического отека руки не отмечено.

Выводы. Таким образом, использование метода миопластики малой грудной мышцей при радикальных мастэктомиях позволило на 98,2% уменьшить объем лимфорреи на 14ый день и сократить срок госпитализации на 14 дней.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПЕРЕНЕСШИХ ПАРАСТЕРНАЛЬНУЮ ЛИМФОДИССЕКЦИЮ

Исмагилов А.Х., Сигал Е.И., Хасанов Р.Ш., Гимранов А.М.

Клинический онкологический диспансер МЗ РТ; Казань, Россия

Цель. Оценить анализ отдаленных результатов хирургического лечения больных РМЖ центральной и медиальной локализации прооперированных в отделении маммологии с 1983 по 2007 гг.

Материалы и метод. Выживаемость больных РМЖ составила при I стадии – $96,1 \pm 2,3$ ($n=232$); при IIA – $88,0 \pm 2,9$ ($n=338$); при IIB – $83,7 \pm 3,2$ ($n=126$); при IIIA и IIIB соответственно $77,3 \pm 3,4$ ($n=114$) и $62,2 \pm 3,3$ ($n=202$), всего $82,4 \pm 3,1$ ($n=1012$). Поскольку зоной нашего интереса в данном исследовании является парастернальный коллектор, мы решили подробнее остановиться на группе больных с метастазами в парастернальных лимфоузлах ($n=179$).

Результаты. При анализе этой группы мы обнаружили ее полиморфность. Так, имеется достоверное снижение ($P < 0,05$) показателей пятилетней выживаемости в зависимости от критерия T, при T1 – $74,2 \pm 3,2\%$, T2 – $64,1 \pm 3,4\%$, T3 – $60,3 \pm 3,3\%$, T4 – $46,5 \pm 3,5\%$, во всей группе имеющих метастазы в парастернальных узлах – $61,9 \pm 3,3\%$. Имеется достоверное ухудшение выживаемости больных с метастазами в парастернальный коллектор в зависимости от уровня

поражения аксиллярного коллектора. При изолированном поражении парастеральных лимфоузлов пятилетние результаты составили 84,7±3,4%, при сопутствующем поражении аксиллярного коллектора соответствующего критерию N1 5летняя выживаемость составила 68,2±3,3%, при N2 - 52,5±3,6%.

Выводы. Таким образом, неадекватно объединение в одну группу больных с столь разными отдаленными результатами как это было в предыдущей классификации TNM, но и распределение этой категории больных в последней классификации не отвечает реальной прогностической значимости поражения парастерального коллектора, что требует дальнейшего рассмотрения этого вопроса в последующих исследованиях.

ПРЕСКАЛЕННАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ, КАК МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Исмагилов А.Х., Хасанов Р.Ш., Мухамадеев М.Ф., Мухамадеев И.Ф.

Клинический онкологический диспансер МЗ РТ; Казань, Россия

Цель. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения больных РМЖ, которым выполнялась прескаленная лимфодиссекция. 69 больной раком молочной железы, .

Материал и методы. Количество наблюдаемых больных составило 69 женщин. У 12ти - поражение надключичных узлов отсутствовало. У 59 пациентов было подтверждено наличие метастазов в данной области. Из них в 7 случаях операция проводилась при контралатеральном поражении надключичного коллектора, у 7 больных обнаружены отдаленные метастазы. Для 43х больных была выполнена надключичная лимфаденэктомия по поводу изолированных ипсилатеральных метастазов данной локализации.

Результаты. Результаты отдаленной 5летней выживаемости для 43х больных с изолированными ипсилатеральными надключичными метастазами РМЖ составили 37,4±3,6%. При этом для узловых форм данный показатель составил 45,4±4,9%. Среди пациентов с инфилтративными формами опухоли 5 летний рубеж никто не пережил. Результаты отдаленной 5летней выживаемости для 7 больных с контралатеральными надключичными метастазами составили 23,8±6,9%. Данный показатель у 7 пациентов с одновременными надключичными, висцеральными и костными метастазами составил 19,3±4,5%.

Выводы. Таким образом, выполнение прескаленной лимфатической диссекции обосновано лишь больным с изолированными ипсилатеральными надключичными метастазами с узловыми формами РМЖ, и не показано при Т4формах опухоли, контралатеральных метастазах в надключичной области, поскольку выживаемость последних сопоставима с таковой у пациентов, имеющих висцеральные и костные метастазы.

РЕЗУЛЬТАТЫ 5ЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПЕРЕНЕСШИХ РАЗЛИЧНЫЕ СПОСОБЫ ПАРАСТЕРНАЛЬНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ

Исмагилов А.Х., Сигал Е.И., Хасанов Р.Ш., Овчинникова И.В.

Клинический онкологический диспансер МЗ РТ; Казань, Россия

Цель. Изучить эффективность видеоторакоскопической парастеральной лимфодиссекции на выживаемость у больных РМЖ.

Материалы и методы. С 1959 года в нашей клинике применяется методика расширенной мастэктомии по Урбану-Холдину у больных РМЖ центральных и медиальных локализаций. В 1995 году была разработана и внедрена методика видеоторакоскопической парастеральной лимфодиссекции, которая отличается малой травматичностью.

Результаты. Отдаленные результаты хирургического лечения у больных (n=333) перенесших мастэктомию по Урбану-Холдину при I стадии заболевания составили 95,6±2,0; при IIA - 86,6±2,7; при IIB - 85,1±3,1; при IIIA и IIIB соответственно 76,9±3,2 и 62,0±3,5. Показатель 5летней выживаемости у больных перенесших видеоторакоскопическую парастеральную лимфодиссекцию (n=679), при I стадии заболевания, составил 96,7±2,1% больных, при IIA - 92,6±2,8%; при IIB - 85,8±3,2%; при IIIA и IIIB соответственно 77,9±3,3% и 62,8±3,2%. Достоверность различий в эффекте лечения между сопоставляемыми группами при различных стадиях заболевания составила P>0,05, что говорит об адекватности видеоторакоскопической парастеральной лимфодиссекции традиционной мастэктомией по Урбану-Холдину.

Выводы. Несмотря на появление в широкой клинической практики новых методов комплексной терапии РМЖ, улучшение отдаленных результатов по прежнему зависят от исходной стадии опухолевого процесса.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОМОЩЬЮ ЭКСПАНДЕРОВ

Исмагилов А.Х., Хасанов Р.Ш., Губайдуллин Х.М. Гимранов А.М.

Клинический онкологический диспансер; Казань, Россия

Цель. Изучить безопасность реконструктивных операций при РМЖ.

Материал и методы. Существует много методов восстановления молочной железы и главной задачей является обеспечение безопасности пациентке, которой планируется реконструктивная операция. Наиболее отвечающее данному требованию является восстановление молочной железы с помощью экспандеров. Это малоинвазивное вмешательство, позволяющее обеспечить хороший результат операции наиболее простым способом. Варианты реконструкции с использованием экспандера включают в себя использование либо - временного тканевого экспандера, подлежащего замене на постоянный имплантат после последовательного расширения (создания адекватного кармана) или постоянного экспандеримплантанта, требующего только удаление клапана после полного расширения.

Результаты. Использование экспандеров может привести к неудовлетворительным результатам в случае если не получено соответствующего покрытия для имплантанта. Зачастую покрытие импланта представлено тонким слоем кожи и подкожной жировой клетчатки. Это приводит к формированию капсулярной контрактуры, деформирующей контуры реконструированной груди и придавая ей неестественный вид, идеальным является создание кожно-мышечного покрытия импланта, формирующего в последующем нормальную грудь. Факторами, определяющими правильность выбора реконструкции с помощью экспандеримпланта являются качество покрывающей кожи, состояние грудной и зубчатой мышц и отсутствие возможностей для выполнения аутогенной реконструкции. Относительным противопоказанием

является выраженный птоз контралатеральной груди. Имплантант не дает возможность сформировать такую же степень естественного птоза, поэтому этим пациенткам предпочтительнее делать реконструкцию собственными тканями или эстетическую операцию (мастопексия) на контралатеральной груди с целью достижения симметрии. Клиника имеет опыт 43 2-этапных операций и 86 установок двухкамерных экспандеров типа Беккер-35, в 13 случаях экспандер ввиду осложнений пришлось временно удалить, у 7 через 6 месяцев произвели реимплантацию.

Выводы. На наш взгляд операции с использованием экспандеров наиболее простой и наименее травматичный способ реконструкции молочной железы.

ОДНОМОМЕНТНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНОПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Исмагилов А.Х., Хасанов Р.Ш., Гимранов А.М., Губайдуллин Х.М., Овчинникова И.В.

Клинический онкологический диспансер; Казань, Россия

Цель. Оценить эффективность одномоментной реконструктивно-пластической операции при РМЖ.

Материал и методы. Работа основана на наблюдениях 477 больных РМЖ, радикальная операция у которых сочеталась с одномоментной реконструкцией: 176 операции с использованием ТДЛ, 172 с реконструкцией TRAM-лоскутом (в том числе 11 случаев с дополнительной реваскуляризацией между a. et v. epigastrica inferior и a. et v. thoracica interna), 129 операций с имплантацией экспандера под большую грудную мышцу. Все больные получали комбинированную и комплексную терапию по показаниям.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде были отмечены следующие осложнения. При ТДЛ мы имели 2 случая полного и 2 частичного некроза лоскута. Учитывая хорошее кровоснабжение ТДЛ мы объясняем это ятрогенными причинами. При использовании TRAM-лоскута мы имели 17 краевых некрозов, 11 некрозов пупка, 4 краевых некроза реципиентной кожи, 13 пролябаций передней грудной стенки. При использовании экспандеров в 11 случаях пришлось удалить экспандер в следствии нагноения раны и в 1 случае ввиду его повреждения иглой при дермотензии. Пластика соска осуществляется трехлепестковым методом, ареола выполняется при помощи косметического татуажа. От свободной кожной пластики мы отказались из-за депигментации пересаженного участка на отдаленных сроках. Индивидуализация вмешательства позволяет в большинстве случаев сформировать МЖ схожую по форме и объему со здоровой.

Выводы. Одномоментные реконструктивно-пластические операции у больных перенесших радикальные операции по поводу РМЖ, не влияют на течение болезни, не увеличивают количество послеоперационных осложнений, не препятствуют проведению комбинированной или комплексной терапии и значительно улучшают качество жизни женщины.

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКОГО ЛИЗИСА В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Капкан М.А., Киселева М.В., Горанская Е.В., Капинус В.Н., Таибова М.В.

Отдел лазерной и фотодинамической терапии ГУМРНЦ РАМН; Обнинск, Россия

Цель. Разработка метода ЭХЛ в комбинированном лечении РМЖ.

Материал и методы. Исследование проведено 17 пациенткам с различными стадиями заболевания: 9-2А, 23А, 2-3В, 3 - пациентки после комбинированного лечения с прогрессированием процесса и отдаленными метастазами. В 7 случаях диагностирован инфильтрирующий протоковый рак, в остальных аденокарцинома. Лечение проводилось аппаратом ECU300Spring, с помощью платиновых электродов (4-10), вводимых как в сам опухолевый узел, так и перитуморально. Использовались параметры: I - 5080mA, время - 25-40 мин, заряд - 2100-3200Кл. Проводилось комплексное лечение - ЭХЛ, хирургическое, лучевое, ПХТ, гормонотерапия. Оценка эффективности осуществлялась под контролем УЗИ, маммографии, гистологического исследования.

Результаты. При оценке по данным УЗИ и маммографии в 8 случаях отмечалось уменьшение опухолевого узла - 10-43%, в одном случае - регресс на 60%, в одном случае на месте опухолевого узла осталось несколько тяжей, в 4 отмечался рост опухолевого узла - 14-30%. Гистологически наблюдался лечебный патоморфоз 1-3 степени. В одном случае некроз составлял 90%, в 6 случаях - 40%, остальные - менее 40%.

Выводы. Метод ЭХЛ может применяться при различных стадиях процесса. Применим при первичных опухолях и при прогрессировании процесса. ЭХЛ может применяться неоднократно, при лечении опухолевых узлов различного размера. При использовании электрохимического лизиса во всех случаях был получен некроз опухолевого узла различной степени выраженности, что говорит об эффективности ЭХЛ.

СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Куклин И.А., Зеленин В.Н., Тюкавин О.А.

НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН, ООД; Иркутск, Россия

Цель. Разработать достаточно точный, удобный к применению в клинической практике способ измерения объема молочной железы.

Материалы и метод. Мы разработали таблицу соответствия размеров, объема и линейных параметров молочной железы, ориентируясь на:

1. таблицу соответствия текстильного размера экзопротеза линейным размерам бюстгалтеров
2. таблицу соответствия текстильного размера экзопротеза и используемого для его изготовления объема силикона.

Все измерения железы выполняются при вертикальном положении пациентки в бюстгалтере. Бюстгалтер не должен содержать поролоновых прокладок и подходить по размеру железы. После проведения измерений по таблице определяется объем молочной железы. Нами выделено 15 размеров молочных желез, каждому из которых соответствует определенный объем. Наиболее точным в определении объема молочных желез считается метод, основанный на принципе Архимеда. За объем молочной железы принимается объем вытесненной жидкости после погружения железы в емкость с водой. Поэтому этот метод использован нами в качестве референтного. Сопоставление эффективности разработанного

нами метода определения объема в сравнении с референтным методом проведено у 18 женщин (средний возраст 35.55 ±1.27 лет), исследовано 33 молочных железы.

Результаты. Нами выявлено, что при определении объема тканей молочной железы методом, основанным на принципе Архимеда, средний объем молочной железы составил 528,48±76,68 мл, в то время как показатель, полученный при помощи предложенного нами способа – 475,61±61,16 мл ($p>0.05$). Выявлена сильная прямая корреляционная связь между двумя способами измерения. Коэффициент корреляции составил 0.98 ($p<0.05$). Поскольку предельный объем выпускаемого экзопротеза молочной железы 1150 мл, то наиболее эффективным наш способ оказался при измерении молочных желез, размером менее 1000 мл – результат, полученный при использовании предложенного нами способа составил 382,59±48,12 мл, в то время как при применении референтного метода – 394,48±48,09 мл ($p>0.05$).

Вывод. Предложенный нами способ позволил с точностью, не уступающей измерениям, основанным на использовании принципов Архимеда, определить размер молочной железы. Однако по своей простоте и удобству применения он значительно превосходит данный референтный метод измерения, поэтому в дальнейшей работе все измерения объемов молочной железы мы проводили предложенным нами способом.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ III «А» СТАДИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИХРЕВОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ

Лебедев Е.В., Бахмутский Н.Г.

ГУЗ «Клинический онкологический диспансер» департамента здравоохранения Краснодарского края, ПНИЛ по использованию магнитных полей в онкологии КГМУ; Краснодар, Россия

Цель. В работе представлены итоги комплексного лечения рака молочной железы в стадии T12N2M0, T3N12M0 с использованием вихревого магнитного поля (ВМП).

Материалы и методы. Для оценки возможного улучшения результатов комплексного лечения методом рандомизации было сформировано 2 группы больных. В первой группе (основная) в комплекс лечебных мероприятий была включена магнитотерапия на установке «Магнитотурботрон» в пред и послеоперационном периоде. В комплекс лечения также входила предоперационная терапия и адъювантная химиогормонотерапия. Во второй группе (контрольная) магнитотерапия не проводилась. Число больных в каждой группе – 50 человек. В качестве оценки эффективности лечения использовали результаты объективного эффекта в соответствии с рекомендациями ВОЗ и показатели 5летней выживаемости больных. Показатели выживаемости рассчитывали актуриальным методом.

Результаты. В основной группе показатели лечения, основанные на регистрации общего эффекта, согласно рекомендациям ВОЗ, были значительно лучше, чем в контрольной. Полная регрессия зарегистрирована у 5 (10%) больных, частичная – у 21 (42%), стабилизация – у 24 (48%). Для пациенток с опухолями T1 у 3 (60%) отмечена полная регрессия, у 2х (40%) – частичная. Среди 18 пациенток с T2 опухолью, у 2х (11,1%) зарегистрирована полная регрессия, у 11 (61,1%) – частичная, у 5 (27,8%) – стабилизация. У пациенток с T3 опухолью (27 женщин) полная регрессия не отмечена, у 8ми (29,6%) зарегистрирована частичная регрессия и у 19ти (70,4%) – стабилизация. В контрольной группе непосредственный объективный эффект отмечен у всех больных. Так полной регрессии не отмечено ни у одной больной, частичная зарегистрирована у 12 пациенток (в 24%), стабилизация – у 38 женщин (в 76%). Среди 7 больных, у которых первичная опухоль соответствовала категории T1, у 5ти (71,4%) отмечена частичная регрессия и у 2х (28,6%) – стабилизация. У 20 больных с первичной опухолью, расцененной как T2 в 7ми (35%) случаях наблюдали частичную регрессию, в 13ти (65%) – стабилизацию. Среди 23 пациенток с первичной опухолью T3 отмечена только стабилизация. При изучении выживаемости в основной группе результаты лечения были лучше, чем в контрольной. Так, наблюдаемая выживаемость была равна 74,00±5,21%, а безрецидивная выживаемость – 70,00±5,61%. Из 50ти больных за пятилетний период умерло 13 больных. Средняя продолжительность жизни составила 4,81 года на момент наблюдения. В контрольной группе наблюдаемая выживаемость составила 54,00±5,87%, безрецидивная выживаемость – 46,00±6,12%. Из 50ти больных за наблюдаемый период умерло 23 пациентки. Средняя продолжительность жизни была равна для контрольной группы 3,85 годам на момент наблюдения. При сравнении функций наблюдаемой и безрецидивной выживаемости для опытной и контрольной группы по критерию Вилкоксона в модификации Гехана для цензурированных наблюдений получили статистически значимое различие ($P<0,05$).

Выводы. Таким образом, нами впервые указано на целесообразность использования ВМП в комплексном лечении рака молочной железы III «А» стадии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Леванов А.В., Павлов В.В., Карлов В.И., Шишкин О.М., Семисынов В.В.

Центр профилактики и реабилитации, Медицинское управление ОАО «Тюментрансгаз»; Тюмень, Россия

Цель. Изучить эффективность профилактических осмотров для раннего выявления РМЖ.

Материалы и методы. Нами были осмотрены 203 работницы одного «Тюментрансгаз» в возрасте от 20 до 59 лет. Диагноз устанавливали на основании объективных данных и результатов УЗДГ молочных желез. Одновременно проводилась УЗДГ щитовидной железы, органов брюшной полости и малого таза.

Результаты. Патология молочных желез была выявлена у 55 (27,1%), в том числе у 12 (5,9%) диагностирована впервые. Сочетание заболеваний молочных желез с заболеваниями других органов было выявлено у 36 (65,5%) женщин. Среди них патология щитовидной железы отмечена в 8 случаях, заболевание матки и яичников в 12, и органов гепатопанкреатодуоденальной зоны в 16 случаях. Среди нозологических форм ведущее место занимали диффузные формы мастопатии, выявленные у 38 человек (69,1%), фибрознокистозная мастопатия была диагностирована у 15 (27,3%). В одном случае диагностирована внутрипротоковая папиллома и еще в одном РМЖ. Полученные результаты показали достаточно высокую эффективность и важность углубленных медицинских осмотров в раннем выявлении рака молочной железы на ранних стадиях заболевания.

Выводы. В связи с этим основные научноорганизационные, экономические усилия должны быть направлены на разработку и оптимизацию форм и методов ранней диагностики РМЖ, включая разъяснения об успехах лечения раннего РМЖ в средствах массовой информации.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Магомедов О.М., Магомедова П.О., Магомедов Г.М., Магомедова Р.О.

ГУ ВПО «Дагестанская Государственная Медицинская Академия ФАЗ СР»; Махачкала, Республика Дагестан, Россия

Цель. Изучить выявляемость РМЖ в Республике Дагестан.

Материалы и методы. Материалом для данного исследования послужили отчеты онкологов 41 района и 10 городов республики за 12 лет (1991-2002 гг.) по форме 35, представленные республиканским онкодиспансером.

Результаты. Удельный вес больных с III и III стадий по отчетам в республике несколько выше, чем в среднем по РФ (Российской Федерации). Тщательный анализ и пересмотр стадий показал, что реальная ситуация значительно отличается от общепризнанной. Так, если удельный вес I-II стадий, по отчетам, составил 59,38%, то после их пересмотра они снизились до 51.14%. Соответственно увеличилось количество выявленных больных в III и IV стадии, особенно на селе.

Результаты, полученные при анализе состояния диагностики рака молочной железы в РД показывают, что действительная картина выявляемости ранних форм отличается значительно от официальной. Удельный вес III стадии, в среднем за 12 лет составил 59,38, против 51,14 после пересмотра, а IV стадии, соответственно, 10,30 и 16,27, что указывает о низком качестве диагностики и онкологической подготовке врачей общей практики. Различие опубликованных показателей от пересмотренных, так же показывает высокую ошибку онкологов в стадировании опухолевого процесса. Последняя подтверждается соотношением одногодичной летальности к запущенности (больше единицы).

Выводы. Одним направлением больных к маммологу улучшить раннюю диагностику рака молочной железы в Республике Дагестан невозможно. По видимому, пересмотр работы первичных звеньев здравоохранения в сторону увеличения потока пациентов 40 лет и выше, направляемых на обследование, где вероятность заболеть выше, с одновременным ведением элементов диспансеризации женского населения, с формированием группы риска, позволит в дальнейшем улучшить выявляемость и раннюю диагностику РМЖ.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВОГО ФИБРОАДЕНОМАТОЗА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Мавроди В.М.

Краевой клинический онкологический диспансер, Краснодар, Россия

Цель. Анализ адекватности объема хирургического вмешательства при узловом ФАМ молочной железы.

Материал и методы. ФАМ молочных желез является самой распространенной патологией среди женщин, он встречается у них по разным оценкам в 40-75% наблюдений. Хирургическому лечению подлежит узловый ФАМ. Нами проанализированы 214 результатов хирургического лечения ФАМ. В постановке диагноза наиболее информативными были результаты физикального обследования (91%), УЗИ молочных желез (87%), маммографии (73%) и цитологического исследования (88%). При физикальном обследовании возникали трудности интерпретации непальпируемых опухолей, при УЗИ - у женщин с инволютивным компонентом в молочных железах, при рентгеновской маммографии - особенности анатомии молочной железы у молодых, при цитологическом исследовании - трудности забора материала тонкой иглой.

Результаты. По размеру: опухолей до 2 см было 74, до 2,5 см - 66, до 3 см - 28, до 3,5 см 19, свыше 3,5 см - 11. У 16 женщин опухоль при пальпации не определялась. Все 214 больных были оперированы с предварительным диагнозом: фиброаденома (183) и узловая мастопатия (31). Обезболивание общее внутривенное - 137, местная анестезия - 77 женщин. В ходе операции секторальная резекция молочной железы была выполнена 99 больным, энуклеация опухоли - 115 пациенткам. По результатам патогистологического исследования препаратов установлено: смешанная фиброаденома - 82 наблюдения, интраканаликулярная фиброаденома - 64 наблюдений, периканаликулярная фиброаденома - 51 наблюдений, листовидная опухоль - 17. Нами получены сведения о состоянии здоровья 166 больных в сроки от 1 до 5 лет после операции, из них у 68 была выполнена секторальная резекция молочной железы, у 98 - энуклеация опухоли. Рецидив заболевания имеют или уже прооперированы по этому поводу 3 больных (1,8%). После секторальной резекции рецидив возник у 1 больной с листовидной опухолью размером более 3,5 см (1,4%). После энуклеации опухоли выявлены 2 рецидива (листовидная опухоль размером до 3 см и интраканаликулярная фиброаденома размером до 3см), что составило 2%.

Выводы. При хирургическом лечении узлового фиброаденоматоза энуклеация опухоли является адекватной операцией при фиброаденоме размером до 3,5 см и листовидной опухоли размером до 2,5см. В остальных случаях необходима секторальная резекция молочной железы.

РЕТРОАРЕОЛЯРНАЯ ОПУХОЛЕВАЯ ИНВАЗИЯ ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мавроди Т.В., Шалаева Г.В.

Краевой клинический онкологический диспансер, Краснодар, Россия

Цель. Определение вероятности опухолевой инвазии ретроареолярной зоны при периферическом раке молочной железы разной степени риска.

Материал и методы. Гистологическому исследованию подвергся 41 послеоперационный препарат после радикальной мастэктомии по поводу периферического (не ближе 7 см от ареолы) рака молочной железы (РМЖ). Выбор блоков осуществлялся произвольно. В верхненаружном квадранте опухоль обнаружена у 28 человек. Заболевание 1 стадии было у 6 больных (G11, G25), 2А стадия - 5 (G12, G23), 2В стадия 6 (G11, G24, G31), 3А стадия - 6 (G11, G23, G3-2), 3В стадия - 5 (G22, G33). Ретроареолярная раковая инвазия установлена у 4 больных: 3А стадия - 2 больных (Т3N1M0G2), 3В стадия - 2 больных (Т4N1M0G2 и Т4N2M0G3). В верхневнутреннем квадранте опухоль установлена у 3 больных: 2А стадия - 1 больная (G21), 2В стадия - 1 больная (G21), 3В стадия - 1 больная (G3 - 1). Инвазия ретроареолярной зоны выявлена у 1 больной (Т4N1M0G3). В ниже-наружном квадранте РМЖ выявлен у 7 пациенток: 1 стадия - 1 больная (G11), 2А стадия - 2 больных (G21, G31), 2В стадия - 2 больных (G21, G31), 3А стадия - 2 больных (G22). Ретроареолярная инвазия выявлена у 1 пациентки (Т2N1M0G3). В ниже-внутреннем квадранте молочной железы опухоль локализовалась у 3 женщин: 2А стадия - 3 больных (G11, G22). Инвазии в ретроареолярной части

железы не установлено. Среди 6 больных с выявленной инвазией ретроареолярного пространства в возрасте до 40 лет были 2 женщины, до 50 лет – 2, до 60 лет – 1, свыше 60 лет – 1 больная.

Выводы. Вероятность ретроареолярной опухолевой инвазии при периферическом расположении РМЖ увеличивается с нарастанием стадии заболевания и зависит прежде всего от размера первичного очага и не столь существенно – от степени его злокачественности. Инвазия чаще встречалась в репродуктивном возрасте. Кожесохранные пластические операции без удаления сосково-ареолярного комплекса при периферическом РМЖ целесообразны при T12опухолях. В удаленном препарате необходим интраоперационный гистологический контроль позадиареолярной зоны.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ НА АУТОСРЕДАХ ОРГАНИЗМА

Орловская Л.А., Солдаткина Н.В.

ФГУ «РНИОИ Росмедтехнологий»; Ростов-наДону, Россия

Цель. Улучшение результатов органосохраняющего лечения больных РМЖ T12N01M0.

Материал и методы. В исследование было включено 270 больных РМЖ T12N01M0, включая 113 больных до 50 лет. Морфологически преобладал инфильтрирующий протоковый рак (74%). Больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, состоянию менструальной функции, степени распространенности опухолевого процесса, морфологической форме опухоли. 120 больным (1 группа) во время органосохраняющей операции в объеме радикальной резекции молочной железы, включающей диссекцию всех этапов лимфогенного метастазирования, проведена интраоперационная химиотерапия на аутосредах организма: внутривенная аутогемохимиотерапия доксорубицином 30 мг, внутритканевая аутоплазмохимиотерапия и аутолейкохимиотерапия циклофосфаном 200 мг и 5фторурацилом 500 мг, эндолимфатическая аутоплазмохимиотерапия метотрексатом 10 мг в подкрыльцовый лимфатический сосуд. 150 больным (2 группа) выполнена радикальная резекция молочной железы без интраоперационной химиотерапии. Больные всех групп после операции получили курс ЛТ на молочную железу и пути лимфооттока в СОД 40 Гр и 46 курсов адьювантной ПХТ по схеме CMFAV. Больные прослежены в течение 5 лет.

Результаты. Частота прогрессирования рака молочной железы у больных 1 группы составила 5,5%, у больных 2 группы – 12,4%. 5летняя безрецидивная выживаемость у больных 1 группы составила 91,83±2,9%, у больных 2 группы – 82,84±3,8% (p<0,05). Общая выживаемость больных раком молочной железы после различных видов лечения отличается не столь значительно как безрецидивная. Так, 5летняя общая выживаемость у больных 1 группы составила 97,8±1,5%, у больных 2 группы – 93,7±2,4%. Однако, возникновение рецидивов и метастазов рака молочной железы после лечения, несомненно, влияют на качество жизни больных.

Выводы. Применение интраоперационной химиотерапии на аутосредах организма в органосохраняющем лечении рака молочной железы T12N01M0 позволило достоверно улучшить результаты лечения больных.

ВОЗДУШНОПЛАЗМЕННЫЕ ПОТОКИ ПРИ РАДИКАЛЬНЫХ МАСТЭКТОМИЯХ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Пак Д.Д., Соколов В.В., Ермощенко М.В., Трошенков Е.А.

ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Росмедтехнологий; Москва, Россия

Цель. Разработка эффективной профилактики длительной лимфорреи у больных РМЖ с использованием нового физического метода.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 145 больных РМЖ I-IV стадий. 78 больным была выполнена РМЭ по Мадден по стандартной методике, 14 – РРМЭ. У 53 больных РМЭ дополнена применением воздушноплазменных потоков: у 47 – РМЭ по Мадден и у 6 – РРМЭ. Средний возраст составил 59,6 лет. В социально-активном, трудоспособном периоде находились 26 пациенток (49%), 27 (51%) не работали. В основной группе больные I стадией составили 11,3% (6), IIA стадией – 33,9% (18), IIIA – 20,8% (11), IIB и IIIB – по 13,2% (по 7), IIIC и IV – по 3,8% (по 2). Обработку подмышечноподключично-подлопаточной области, раневой поверхности осуществляли путем последовательного сканирования воздушноплазменным потоком, генерируемым аппаратом «Плазон». Механизм термического гемостаза заключается в уплотнении тканей и компрессии сосудов на протяжении за счет испарения тканевой жидкости, распространение тепла приводит к прогреванию тканей и образованию внутрисосудистых тромбов.

Результаты. В контрольной группе после РМЭ по Мадден средний объем (срV) лимфорреи (ЛР) составил 1746 мл при среднем количестве дней – эвакуаций лимфы (КДЭЛ) – 19, после РРМЭ срV ЛР=2798 мл при КДЭЛ=24. В группе с применением воздушноплазменных потоков после РМЭ по Мадден срV ЛР оказался равным 980 мл, КДЭЛ=13, после РРМЭ срV ЛР=1379 мл, КДЭЛ=12. В контрольной группе ранние раневые осложнения (воспалительные изменения в области раны) после РМЭ по Мадден были выявлены у 17 (21,8%) больных, после РРМЭ – у 8 (58,1%), постмастэктомический отек (ПМОК) I-II степени развился у 48%, болевой синдром – у 32,7%. В группе больных с применением воздушноплазменных потоков воспалительные изменения в области послеоперационной раны были отмечены у 2 (4,2%) больных, ПМОК I-II степени – у 25%, болевой синдром, как проявление брахиоплексита, – у 22,5% больных.

Выводы. Применение воздушноплазменных потоков при радикальных мастэктомиях позволило уменьшить объем и длительность ЛР на 43,8% и 6 дней соответственно после РМЭ по Мадден, на 50,7% и 12 дней после РРМЭ, снизить процент воспалительных изменений в области послеоперационной раны с 21,8% до 4,2% после РМЭ Мадден, с 58,1% до 50% после РРМЭ, сократить частоту развития ПМОК III степени с 48% до 25%, болевого синдрома – с 32,7% до 22,5%.

ПЛАСТИКА ПОДМЫШЕЧНОПОДКЛУЧИЧНОПОДЛОПАТОЧНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ РАДИКАЛЬНЫХ МАСТЭКТОМИЯХ

Пак Д.Д., Ермощенко М.В.

ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель. Разработка новой хирургической методики эффективной профилактики ЛР и ПМЭС после РМЭ.

Материалы и методы. Основой работы явился анализ 153 больных РМЖ отделения общей онкологии МНИОИ. Контрольную группу составили 92 пациентки, из которых 78 больным выполнена РМЭ по Мадден, 14 – РРМЭ. В основной группе (61) больные I стадий РМЖ составили 11,5% (7), IIA – 27,9% (17), IIB – 16,4% (10), IIIA – 26,2% (16), IIIB – 9,8% (6), IIIC – 3,3 (2), IV – 4,9 (3). Средний возраст больных составил 60,3 года. У 55 больных основной группы при РМЭ по Мадден и у 6 больных при РРМЭ была использована новая хирургическая методика – пластика подмышечноподключично-подлопаточной области дефасцированным фрагментом широчайшей мышцы спины (ШМС). Всем больным проводилось измерение количества выделяемой по дренажам и эвакуируемой пунктирно лимфы, оценка развития воспалительных изменений в области послеоперационной раны, развития ПМЭС.

Результаты. В контрольной группе после РМЭ по Мадден средний объем (срV) ЛР составил 1746 мл при среднем КДЭЛ – 19, после РРМЭ срV ЛР=2798 мл при КДЭЛ=24. После РМЭ по Мадден с использованием методики пластики подмышечноподключично-подлопаточной области фрагментом ШМС срV ЛР=952 мл при КДЭЛ=12, после РРМЭ с применением пластики подмышечноподключично-подлопаточной области фрагментом ШМС срV ЛР=1488 мл при КДЭЛ=13. В контрольной группе воспалительные изменения в области раны после РМЭ по Мадден были выявлены у 17 (21,8%) больных, после РРМЭ – у 8 (58,1%), ПМОК III степени был отмечен у 48%, болевой синдром – у 32,7%. В группе с применением новой методики ранние раневые осложнения после РМЭ по Мадден развились у 3 больных (5,4%), после РРМЭ – у 1 (16,7%), ПМОК I-II степени – у 18,5%, болевой синдром – у 7,4%.

Выводы. Новая разработанная методика пластики подмышечноподключично-подлопаточной области фрагментом ШМС (патент РФ № 2276582 от 20.05.06) показала свою эффективность в профилактике длительной и обильной послеоперационной ЛР и развития ПМЭС у больных РМЖ. Использование методики пластики подмышечно-подключично-подлопаточной зоны фрагментом ШМС при радикальных мастэктомиях позволило сократить V и длительность ЛР на 45,5% и 7 дней соответственно после РМЭ по Мадден, на 46,8% и 11 дней – после РРМЭ, уменьшить раневые осложнения с 21,8% до 5,4% после РМЭ по Мадден, с 58,1% до 16,7% после РРМЭ, частоту развития ПМОК III степени с 48% до 18,5%, болевого синдрома с 32,7% до 7,4%. Положительные результаты применения новой хирургической методики позволяют рекомендовать ее к широкому применению в хирургических стационарах онкологического профиля.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ МУЛЬТИЦЕНТРИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Пак Д.Д., Аблицова Н.В.

МНИОИ им. П.А. Герцена; Москва, Россия

Цель. Улучшение результатов лечения первично множественного РМЖ.

Материалы и методы. В исследовании проведен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 200 больных мультицентричным РМЖ, лечившихся с 1990 по 2003 год. Средний возраст больных мультицентрическим РМЖ составил 50,9±0,9 лет. По состоянию овариальноменструальной функции больные распределились следующим образом: функция яичников была сохранена у 111 (55,5%) больных, менопауза – у 89 (44,5%). При анализе генетических факторов, рак молочной железы у родственников отмечен у 46 (23,0%), злокачественные опухоли других локализаций – у 114 (57,0%). Распределение больных мультицентричным РМЖ по стадиям: 1 T1N0M0 – 14 (7,0%), 11A T12N01M0 – 57 (28,5%), 11B T23N01M0 – 44 (22,2%), 111A T03N12M0 – 71 (35,8%), 111B T4N13M0 – 14 (7,0%). У 153 (76,5%) больных опухоли располагались в пределах одного квадранта молочной железы, у 42 (21,2%) – в двух квадрантах, и у 5 (2,5%) были поражены три и более квадрантов.

Результаты. Два опухолевых узла выявлено у 124 (62,0%) пациентки, три – у 43 (21,5%), четыре – у 14 (7,0%), более четырех узлов лишь у 6 (3,0%) больных. По размерам наибольшего опухолевого узла, больные распределились следующим образом: опухоль меньше 2 см выявлена у 45 (22,7%) больных, от 2 до 5 см – у 150 (75,0%), более 5 см – у 5 (2,5%). Инфильтративный рак в каждом опухолевом узле выявлен у 186 (93,0%) больных. Среди гистологических форм преобладал инфильтративный протоковый рак (51%), инфильтративный дольковый рак составил (11,3%). Метастазы в регионарные лимфатические узлы при мультицентричном раке молочной железы выявлены у 116 (58,0%) больных. Среди 123 больных с двумя опухолевыми узлами метастазы в л/у выявлены у 66 (53,2%), из 20 больных с более, чем тремя опухолевыми узлами, метастазы в л/у выявлены у 13 (65%). При мультицентричном раке молочной железы хирургическое лечение проведено 8 (4%) больным, комбинированное – 71 (35,5%), комплексное – 119 (59,5%). Радикальные мастэктомии выполнены 47,5 % пациенткам, органосохраняющие и реконструктивно-пластические операции – 52,5%. Рецидив при мультицентричном раке после выполнения органосохраняющих и реконструктивно-пластических операций выявлен у 6 (9%), в среднем через 31,8 мес.

Выводы. Клиническими особенностями мультицентричного РМЖ являются: средний возраст больных 50 лет, сохраненная овариальноменструальная функция. Опухоль чаще локализуется в пределах одного квадранта в виде 2х опухолевых узлов. По гистологической структуре опухоли преобладает инфильтративный протоковый рак.

РАДИКАЛЬНЫЕ ПОДКОЖНЫЕ МАСТЭКТОМИИ С ПЕРВИЧНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ПРИ РАКЕ

Пак Д.Д., Рассказова Е.А.

МНИОИ им. П.А. Герцена; Москва, Россия

Цель. Улучшение отдаленных результатов лечения и качества жизни больных РМЖ после радикальных подкожных мастэктомий с одномоментной реконструкцией.

Материалы и методы. Радикальная подкожная мастэктомия подразумевает сохранение кожи молочной железы, сосково-ареолярного комплекса, субмаммарной складки и удаление всей ткани железы, при этом толщина нерезецированной клетчатки соответствует толщине подкожножирового слоя (0,51,0 см), оставляемого при стандартной радикальной мастэктомии, а также удаление подмышечных, подключичных и подлопаточных лимфатических узлов и клетчатки. Для одномоментной реконструкции молочной железы используют фрагмент широчайшей мышцы спины, большую грудную мышцу, кожно-жировой лоскут на питающей ножке прямой мышцы живота, а также их комбинацию с эндопротезами.

Результаты. В отделении общей онкологии в период с 1997 по 2007 г. 333 больным РМЖ выполнены радикальные подкожные мастэктомии с первичной реконструкцией. Распределение больных по стадии опухолевого процесса следующее: 0 (TisN0M0) – 9 (2,7%), I – 67 (20,1%), IIA – 134 (40,2%), IIB – 59 (17,8%), IIIA – 55 (16,5%),

IIIB – 2 (0,6%), IIIC – 3 (0,9%) IY – 4 (1,2%). IV стадия РМЖ была установлена изза метастазов в костях. Реконструкция молочной железы с использованием фрагмента широчайшей мышцы спины выполнена у 66, комбинированная пластика (широчайшая мышца спины + эндопротез) у 256, TRAMлоскут у 7, большая грудная мышца у 4 больных. Косметический эффект оценен как отличный у 200 (60,0%), хороший – у 110 (33,0%), удовлетворительный – у 23 (7,0%) больных. Рецидивы рака выявлены у 9 (2,7%) больных. По поводу рецидива у 7 пациенток была выполнена секторальная резекция, а у 2 удаление оставшейся части молочной железы, из которых у одной через 2 года возник второй рецидив в области п/операционного рубца. Метастазы в отдаленных органах выявлены у 23 (6,9%) больных. Общая выживаемость независимо от стадии рака составила 92,8% больных. Результаты выживаемости при радикальной подкожной мастэктомии не отличаются от результатов, полученных при выполнении стандартной радикальной мастэктомии.

Вывод. Подкожная радикальная мастэктомия с одномоментной реконструкцией молочной железы при РМЖ является альтернативой стандартной радикальной мастэктомии, наиболее адекватно сочетает в себе принципы онкологического радикализма и позволяет снизить частоту рецидивов и улучшить качество жизни больных раком молочной железы.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОПУЛЯРНЫХ СПОСОБОВ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ МАММОПЛАСТИКИ

Пржедецкий Ю.В.

Отделение реконструктивной и пластической хирургии ФГУ «РНИОИ Росмедтехнологий»; Ростов-на-Дону, Россия

Цель. Провести сравнительный анализ эффективности распространенных способов реконструктивной маммопластики, проведенный на 30 последовательных больных в каждой группе.

Материалы и методы. Перемещение TRAMлоскута на одной прямой мышце живота снижает надежность операции изза вероятных ишемических проблем в IV зоне лоскута, использование обеих прямых мышц приводит к выбуханию контура реберной дуги изза значительного объема питающих ножек. Неизбежны проблемы пластики мышечно-апоневротического дефекта передней брюшной стенки. Применение синтетических сеток в 1 случае привело к нагноению абдоминальной раны и формированию лигатурных свищей. Использование TRAMпластики после кожносохраняющей мастэктомии в 1 случае из 6 наблюдений осложнилось дермолипонекрозом лоскута с формированием липогранулем и очагов липосклероза. 19 женщин не смогли подняться из положения лежа на спине без помощи рук, 14 больных не смогли присесть, держа руки на затылке.

Результаты. Применение торакодорзального лоскута, как правило, не влечет ишемических осложнений, при условии сохранения грудно-спинных сосудов во время предшествующей мастэктомии. Однако, в послеоперационном периоде у 22 больных отмечались длительные трудноустраняемые серомы донорской области. Кроме того, объем перемещаемых тканей в большинстве случаев недостаточен, и у 24 больных возникла необходимость использования силиконового импланта. Если пациентка перенесла операцию по Холстеду-Майеру, то у нее не остается мышц, приводящих верхнюю конечность к туловищу, при этом страдает опорная функция конечности. Расположение кожного островка параллельно мышечным волокнам оставляет широкий гипертрофический рубец на грудной стенке в комбинации с мягкотканым дефицитом. При формировании горизонтального островка возникают трудности с моделированием железы, когда оба угла островка с трудом достигают медиального угла реципиентной раны, а мышца вынуждена складываться или перегибаться. Технология использования экспандера Becker 35 не требует повреждения донорской области, здесь решены проблемы толщины, цветового и фактурного соответствия сшиваемых краев кожи. Вместо эллипсоидного имеет место линейный послеоперационный рубец. Не нарушается функция верхней конечности и брюшного пресса. Нет необходимости в операции по замене экспандера на имплантат. Из 30 наблюдений отмечена 1 экструзия экспандера изза лучевого липонекроза и 2 серомы, купированные в течение 10 суток.

Выводы. Таким образом, в современных условиях операцией выбора следует признать реконструктивную маммопластику с использованием экспандера Becker 35.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ИЗМЕРЕНИЯ ПРОДУКТОВ ДЕГРАДАЦИИ СИЛОКСАНОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ЭНДОПРОТЕЗАМИ ПРИ ПОМОЩИ $^1\text{H-NMR}$

Rak Piotr, Jaśkiewicz Janusz, Łukasiak Jerzy, ImkoWalczyk Beata, Chruścicka Iwona, Honory Maria

Klinika Chirurgii Plastycznej i Leczenia Oparzeń, Akademia medyczna w Gdansk; Gdańsk, POLAND

Цель. Изучить деградацию силоксанов у женщин после реконструкции молочных желез при РМЖ и целесообразность применения в практике.

Материалы и методы. В период с октября 2000 по февраль 2008 года было госпитализировано 211 пациенток, имеющих импланты МЖ. Причиной наличия имплантов МЖ у пациенток были операции по реконструкции МЖ после ампутации либо внедрение имплантов по эстетическим соображениям. Отбор материала проводили у пациенток, у которых были импланты от 4 мес. до 6 лет. Измерения концентрации PDMS в тканях, прилегающих имплантат и крови (всего 425 объектов исследования), выполнялось при помощи $^1\text{H-NMR}$ – спектрометра фирмы «Varian», тип: Unity 500 plus.

Результаты. Исследование показало повышенного содержания PDMS в прилегающих тканях и крови. Анализируемые данные свидетельствуют о корреляции между высоким содержанием PDMS и наличием послеоперационных осложнений (гематома оперируемой области, воспаление раны, инфекция).

Выводы. Не подтверждена зависимость концентрации PDMS в тканях и крови ни от времени пребывания импланта в организме, ни от вида импланта. Открытым остается вопрос о возможном воздействии химиотерапии на биодegradацию PDMS.

ПАТОЛОГИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У БОЛЬНЫХ РАКОМ И УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Савенок Э.В., Савенок В.У., Редькин А.Н., Бялик А.Я., Смеря Ю.В.

ВГМА им. Н.Н. Бурденко; Воронеж, Россия

Цель. Изучение состояния молочных желез у больных раком и узловыми образованиями ШЖ.

Материалы и методы. Обследована 61 больная в возрасте от 35 до 70 лет. РШЖ был выявлен у 18 пациенток (29,5%), а доброкачественные опухоли у 43 (70,5%). Проводились физикальное обследование, маммография и УЗИ.

Результаты. При анализе полученных результатов оказалось, что синдром узлового образования выявлен у пациенток с РШЖ в 11,1% случаев, а у больных с доброкачественными опухолями – в 5%. Частота РМЖ в этих группах пациенток составила соответственно 5,6% и 2%. Синдром диффузных изменений МЖ определялся с практически одинаковой частотой в обеих группах, составив 61,1% и 67,4%. Фиброзно-кистозная мастопатия также встречалась с одинаковой частотой, составив 38,9% и 37,2% соответственно. Жировая инволюция была определена у 2х пациенток в возрасте 60–69 лет (11,1%). В этой же группе выявлены один случай РМЖ и один случай фиброаденомы. У больных с доброкачественными опухолями щитовидной железы в возрасте 40–49 лет частота фиброкистозной мастопатии составила 25,6%, а в возрастной группе от 50 до 59 лет – 23,3%. При этом, у пациенток 40–49 лет были обнаружены по одному случаю фиброаденомы и РМЖ, у больных 50–59 лет жировая инволюция выявлена у 2х человек и нормальное состояние МЖ у 3х. Жировая инволюция у женщин в возрасте 60–69 лет определялась в 57% случаев.

Выводы. У больных раком и узловыми образованиями щитовидной железы диффузные изменения в МЖ занимают первое место по встречаемости (66,5%). На фоне диффузных изменений возможно формирование узловых образований, поэтому маммографию и УЗИ молочных желез необходимо включать в комплексное обследование больных с патологией щитовидной железы.

ЗАВИСИМОСТЬ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТ МЕТОДА ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Сдвижков А.М., Ядыков О.А., Борисов В.И., Васильева И.Д.

Онкологический клинический диспансер №1, Москва, Россия

Цель. Изучить отдаленные результаты лечения местнораспространенного РМЖ в зависимости от методов лечения на дооперационном этапе.

Материалы и методы. Для анализа использовались данные популяционного ракового регистра г. Москвы. В изучение включались пациентки с наличием метастазов в регионарные лимфоузлы независимо от размера первичной опухоли и больные со стадией Т34N0M0. Пациенты с множественными опухолями и наличием отдаленных метастазов в исследование не включались. Больные были разбиты на 4 группы: проводилась неoadъювантная химиотерапия, проводилась предоперационная ДЛТ, сочетание химиотерапии и ДЛТ перед операцией, не получали специального лечения до операции.

Результаты. Пятилетнюю выживаемость подсчитывали актуриальным методом с делением на стадии по TNM. Отдаленные результаты лечения в каждой группе ухудшались в зависимости от стадии заболевания. При сравнении между группами лучшие результаты получены у пациентов, получавших перед операцией неoadъювантную химиотерапию, что в наибольшей степени отразилось в стадиях T1N2M0 (92,3% vs 81,7% vs – vs 79,8% – соответственно порядку изучаемых групп), T3N2M0 (79,2% vs 60,1% vs 53,4% vs 58,2%), T4T2M0 (61,1% vs 44,5% vs 52,4% vs 46,6%). В большинстве стадий пятилетние результаты лечения между группами пациентов получавших ДЛТ, и пациентов не получавших лечение перед операцией практически не отличались.

Выводы. Предоперационная ДЛТ не оказывает влияния на отдаленные результаты лечения больных с местнораспространенными формами РМЖ; предоперационная химиотерапия оказывает выраженный лечебный эффект у больных с поражением регионарных ЛУ.

ЗАВИСИМОСТЬ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТ МЕТОДА ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Сдвижков А.М., Ядыков О.А., Борисов В.И., Васильева И.Д.

Онкологический клинический диспансер №1, Москва, Россия

Цель. Изучить отдаленные результаты лечения местнораспространенного РМЖ в зависимости от методов лечения на дооперационном этапе.

Материалы и методы. Для анализа использовались данные популяционного ракового регистра г. Москвы. В изучение включались пациентки с наличием метастазов в регионарные лимфоузлы независимо от размера первичной опухоли и больные со стадией Т34N0M0. Пациенты с множественными опухолями и наличием отдаленных метастазов в исследование не включались. Больные были разбиты на 4 группы: проводилась неoadъювантная химиотерапия, проводилась предоперационная ДЛТ, сочетание химиотерапии и ДЛТ перед операцией, не получали специального лечения до операции.

Результаты. Пятилетнюю выживаемость подсчитывали актуриальным методом с делением на стадии по TNM. Отдаленные результаты лечения в каждой группе ухудшались в зависимости от стадии заболевания. При сравнении между группами лучшие результаты получены у пациентов, получавших перед операцией неoadъювантную химиотерапию, что в наибольшей степени отразилось в стадиях T1N2M0 (92,3% vs 81,7% vs – vs 79,8% – соответственно порядку изучаемых групп), T3N2M0 (79,2% vs 60,1% vs 53,4% vs 58,2%), T4T2M0 (61,1% vs 44,5% vs 52,4% vs 46,6%). В большинстве стадий пятилетние результаты лечения между группами пациентов получавших ДЛТ, и пациентов не получавших лечение перед операцией практически не отличались.

Выводы. Предоперационная ДЛТ не оказывает влияния на отдаленные результаты лечения больных с местнораспространенными формами РМЖ; предоперационная химиотерапия оказывает выраженный лечебный эффект у больных с поражением регионарных ЛУ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЯ НЕКОТОРЫХ СТРЕССМАНИФЕСТНЫХ ГОРМОНОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ДО И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДАХ

Шадрин А.К., Бутаев Г.И.

ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер», Краснодар, Россия

Цель. Выявить разницы уровней стрессманифестных гормонов в плазме крови у больных с доброкачественными и злокачественными заболеваниями молочной железы в до и послеоперационном периодах.

Материалы и методы. Стресс – совокупность защитных физиологических реакций, возникающих в организме животных и человека в ответ на воздействие различных неблагоприятных факторов т.н. стрессоров. В рамках классической концепция стресса, предложенной Г. Селье, наиболее часто используемыми «индикаторами» стрессовой реакции является уровень содержания в моче и (или) плазме крови АКТГ, кортикостероидов и катехоламинов – все они являются стрессовыми гормонами. Наблюдения были выполнены на 60ти больных. Методом иммуноферментного анализа определяли в сыворотке крови АКТГ, кортизол и эндорфины. Исследования выполнялись трижды: во время обращения больных в диспансер; через неделю после операции, когда сообщали диагноз подтверждающий, или опровергающий злокачественный процесс и, спустя ещё неделю.

Результаты. У больных, после сообщения им окончательного диагноза «рак», по сравнению с исходным происходило увеличение уровня АКТГ ($M \pm m$ 16,13 \pm 1,23, $p < 0,001$) в плазме крови. Кортизол ($M \pm m$ 271,50 \pm 6,92, $p < 0,001$) при этом не увеличивался. Уровень эндорфинов ($M \pm m$ 0,32 \pm 0,07, $p > 0,05$) достоверно не изменялся. Через неделю происходило уменьшение уровня АКТГ (9,50 \pm 0,72, $p < 0,001$) в плазме крови. Уровень кортизола (429,17 \pm 13,33, $p < 0,001$) увеличивался. Уровень эндорфинов (0,29 \pm 0,04, $p > 0,05$) достоверно не изменялся. У больных, после сообщения им окончательного диагноза «доброкачественная опухоль», по сравнению с исходным, уровень АКТГ в плазме крови достоверно не изменялся. Кортизол при этом не увеличивался. Через неделю происходило уменьшение уровня АКТГ в плазме крови. Уровень кортизола нормализовался.

Выводы. Увеличение уровня кортизола в плазме крови лишь спустя неделю после объявления диагноза «рак» можно объяснить тем, что такие гормоны лучше отвечают потребности длительного приспособления к окружающим условиям, поддержания гомеостаза и реализации генетической программы различных клеток. Чтобы влияние стресссистемы не оказалось избыточным и не привело к побочным неблагоприятным эффектам, в частности к стрессорным повреждениям – стресслимитирующие системы способны ограничивать активность стресссистемы и чрезмерную стрессреакцию. В наших наблюдениях наличие этих систем приводит к возвращению АКТГ через неделю к исходному уровню в плазме крови.

ВЫБОР ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ IIIA СТАДИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ И ГИПЕРЭКСПРЕССИИ HER2/NEU

Шивилев Е.В., Пак Д.Д.

ФГУ «Московский научноисследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Росмедтехнологий»; Москва, Россия.

Цель. Оценить влияние пролиферативной активности и гиперэкспрессии Her2/neu на ближайшие и отдаленные результаты лечения больных РМЖ IIIa стадии при разных вариантах хирургического лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 144 больных РМЖ IIIa стадии (T1N2M0, T2N2M0, T3N1M0, T3N2M0), проходивших лечение в отделении общей онкологии с 2000 по 2005 гг. Всем больным в послеоперационном периоде проведено комплексное лечение в объеме ЛТ классическим фракционированием на послеоперационный рубец или ложе сформированной МЖ и регионарные зоны, ПХТ по схеме CAF до 5 курсов, гормонотерапии при положительном рецепторном статусе опухоли. Распределение пациенток по TNM: T1N2M0 – у 31 (18,8%), T2N2M0 – у 72 (81,2%), T3N1M0 – у 15 (10,4%), T3N2M0 – у 16 (11,1%). Возраст больных составил от 27 до 80 лет, средний возраст – 53 года. По гистологическому типу опухоли распределились: ИПР выявлен у 94 больных (65,3%); ИДР – у 30 (20,8%); комбинированная форма (ИПР+ИДР) – у 17 (11,8%), другие формы – 3 (2,1%). Радикальная мастэктомия по Мадден выполнена 74 (51,4%) пациентам; радикальная резекция – 27 (18,8%); субтотальная радикальная резекция с одновременной маммопластикой – 14 (9,7%); подкожная радикальная мастэктомия с одновременной маммопластикой – 29 (20,1%).

Результаты. В течение первого года, после проведенного комплексного лечения, отдаленное метастазирование (в печень, легкие, кости, контралатеральные лимфатические узлы) отмечено у 20 (13,8%), местные рецидивы выявлены у 5 (3,5%) больных. У больных с отдаленными метастазами и местными рецидивами отмечалась гиперэкспрессия Her2/neu и высокая пролиферативная активность. Больным с местными рецидивами были выполнены органосохранные операции в различном объеме, однако при отдаленном метастазировании зависимости от объема операции не выявлено. Полученные данные свидетельствуют, что использование органосохранных операций (субтотальные радикальные резекции и подкожные радикальные мастэктомии) не уступает радикальной мастэктомии и радикальной резекции в плане ближайших и отдаленных результатов. В тоже время, ОСО способствуют лучшей социально-бытовой реабилитации больных после радикального лечения.

Выводы. Иммуногистохимические показатели (пролиферативная активность и гиперэкспрессия Her2/neu) могут использоваться не только как факторы прогноза, но и как критерии выбора объема операции больным раком молочной железы IIIa стадии в дополнении к другим клинико-морфологическим факторам. Иммуногистохимическое и иммуноцитохимическое исследования опухоли в дооперационном периоде, в дополнении к другим клиническим и морфологическим обследованиям, может проводиться всем больным для определения объема оперативного вмешательства.

РЕКОНСТРУКЦИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Сковородникова Г.Ю., Ли А.Г.

ГУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН; Москва, Россия

Цель. Оценить влияние сочетание реконструкции МЖ с оперативной тактикой лечения РМЖ.

Материалы и методы. В основу положен анализ реконструкции МЖ у 39 женщин после мастэктомии по поводу РМЖ в возрасте от 29 до 61 года. Сопутствующие заболевания выявили у лишь у 8 пациенток: у одной ревматоидный артрит,

у двоих – лимфостаз верхней конечности, у двоих – патология ЖКТ, две с заболеванием щитовидной железы, одна с заболеванием почек. До поступления к нам 19 пациенток получили ЛТ, 9 – ХТ и 3 – гормонотерапию. 5 пациенткам из 39 (12,8%) были выполнены попытки реконструкции МЖ в других лечебных учреждениях (установка силиконового экспандера под кожу в области удаленной молочной железы, введение полиакриламидного геля, две реконструкции TRAMлоскутом, одной попытка реконструкции ТДЛ с одномоментным эндопротезированием).

Результаты. Преобладающее большинство пациенток 22 из 39 (56,4%) обратились в отдел в течение ближайших 3х лет после мастэктомии, 11 (28,2%) – от 3 до 10 лет и 6 (15,3%) от 10 до 17 лет. 26 женщинам (66,7%) выполнили реконструкцию правой МЖ, 13 (33,3%) – левой МЖ. Использовали TRAMлоскут у 23 пациенток (59%), у 3 из них с последующим эндопротезированием с обеих сторон, торакодорзальный лоскут (ТДЛ) с одновременным эндопротезированием у 8 (20,5%), из них у 4 пациенток был использован протезэкспандер, у 7 (18%) пациенток использовали одностороннее эндопротезирование, у 2 из них протезомэкспандером. При использовании TRAMлоскута перемещение на контрлатеральной ножке прямой мышцы живота выполнили в 8 наблюдениях, на ипсилатеральной – в 3, на обеих ножках – в 6. В 4 наблюдениях понадобилась «подкачка» лоскута. Одной пациентке была выполнена тотальная подкожная мастэктомия справа с одномоментной реконструкцией МЖ TRAMлоскутом. В послеоперационном периоде у 1 пациентки (2,5%) развился некроз кожно-жировой части TRAMлоскута, у 4 (10,3%) пациенток наблюдали краевой некроз кожи TRAMлоскута, у 2 (5%) – серому донорской области, у одной (2,5%) – неврит плечевого сплетения, у 2 (5%) капсулярную контрактуру, у 2 (5%) расхождение швов в донорской зоне, у одной (2,5%) отторжение эндопротеза, у одной (2,5%) келоидный рубец. У 25 (64%) пациенток мы не наблюдали осложнений, и женщины были удовлетворены выполненной операцией.

Выводы. Таким образом, реконструкция МЖ может быть включена в схему лечения РМЖ наравне с основными методами. Наилучшим является вариант, когда реконструкция МЖ выполняется одномоментно с онкологической операцией. После таких операций практически отсутствуют психические нарушения, что позволяет женщинам быстрее вернуться к полноценной жизни.

ПРЕИМУЩЕСТВА АМБУЛАТОРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Стрыгина Е.А., Сирота Л.Д.

ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер»; Краснодар, Россия

Цель. Обоснование преимуществ лекарственного лечения в амбулаторных условиях при РМЖ.

Материалы и методы. Выявлено, что медицинские показания и противопоказания к применению отдельных схем ХТ не зависят от места проведения лечения (стационар, амбулаторная химиотерапия). Химиотерапевтам, проводящим лечение амбулаторно, необходимо иметь полный психоэмоциональный контакт с пациентом, более подробно вникать в социальные, личные проблемы больного для оценки возможности ведения амбулаторного лечения и решения проблем возможного лечения на дому для исключения сочетанных токсических эффектов ХТ. Перед началом НПХТ в условиях дневного стационара производится трепанобиопсия опухоли МЖ для определения рецепторного статуса и чувствительности к HER2/нео. Назначение адъювантной терапии (с учетом суммарно полученных доз химиопрепаратов после неoadъювантной химиотерапии). Назначение гормонотерапии с учетом всех особенностей опухолевого процесса у пациента.

Результат. Все виды обследования пациента назначаются в сроки одним и тем же врачом, с которым психологический контакт уже установлен. Проводят 1 линию ПХТ при наступлении события. При необходимости назначают сочетание с таргетной терапией. Продолжительность ведения пациента при таргетной терапии может быть длительная. Преимуществами проведения амбулаторной ХТ без учета экономической составляющей являются: снижение риска развития внутрибольничных инфекций; реализация преимуществ режимов ХТ с большими временными интервалами между введениями цитостатиков (схемы 1 и 8 день, 1,8 15 дни), так и непрерывной химио-, гормонотерапии, а также таргетной терапии как таблетированными, так и другими формами; возможность разделения потока пациентов в зависимости от тяжести состояния и агрессивности лечения; отсутствие психологического дискомфорта, связанное с необходимостью постоянного пребывания в больничных условиях; пациент не меняет обычный ритм жизни.

Выводы. При амбулаторном лечении врач-химиотерапевт становится пациенту доверенным лицом, который проводит лечение в течение длительного времени, знает его психоэмоциональное состояние, что положительно отражается на качестве жизни пациента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КАРЦИНОМой IN SITU МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Усов Ф.Н., Пак Д.Д., Ефанов В.В.

ФГУ Московский научноисследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена; Москва, Россия

Цель. Оптимизация объемов хирургического лечения больных РМЖ.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 569 пациенток Больные разделены на 3 группы. I группа – 63 пациентки с карциномой in situ (CIS) молочной железы, II группа – 220 больных с сочетанием инвазивного рака и CIS, III группа – 286 больных с инвазивным РМЖ. Основным методом лечения карциномы in situ МЖ является хирургический. Не следует ограничивать объем операции секторальной резекцией изза возможного мультифокального распространения протоковой карциномы in situ в пределах одного сегмента или мультицентричного роста опухоли при дольковой карциноме in situ (50%). Выполнение экономных органосохранных операций при ширине резекции менее 2 см от края опухолевого роста сопровождаются высоким риском развития местного рецидива (от 1 до 23%). После секторальной резекции местный рецидив развился у 16,7%, после радикальной резекции – у 5% больных. При выполнении органосохранных операций предпочтительными остаются субтотальная радикальная резекция или подкожная мастэктомия с одномоментной реконструкцией МЖ, которые приводят практически к полному излечению. По результатам исследования у больных с карциномой in situ, которым выполнена субтотальная резекция или подкожная мастэктомия, местных рецидивов не было. Частота регионарного метастазирования при карциноме in situ МЖ в исследовании составила 6,5%, поэтому при выявлении данной формы рака (особенно угревидной формы) мы рекомендуем выполнять подмышечную лимфаденэктомию (D1).

Результаты. Отдаленные результаты лечения больных с сочетанием инвазивного РМЖ и карциномы *in situ* МЖ не отличаются от показателей выживаемости в группе больных инвазивным РМЖ без сочетания с карциномой *in situ*. Общая пятилетняя выживаемость во II и III группе при I ст. – 96,3±2,6% и 94,9±3,5%, II A ст. – 91,2±3,4% и 91,7±3,9%, II B ст. – 86,4±5,2% и 83,9±6,6, III A ст. 1– 73,3±8,1% и 76,2±9,5%. При выполнении радикальной резекции у больных инвазивным РМЖ в сочетании с карциномой *in situ* риск местного рецидива достоверно выше, чем в группе больных раком без сочетания с карциномой *in situ* (14,3±6,7% против 6,9±2,2%). При субтотальной резекции незначительные различия в частоте местного рецидивирования 5,9±5,8% против 4,3±1,9%. При выполнении подкожной мастэктомии в перечисленных группах местные рецидивы не обнаружены. При выполнении органосохранной операции предпочтительными остаются субтотальная радикальная резекция или подкожная мастэктомия с одномоментной реконструкцией МЖ, которые приводят практически к полному излечению. По результатам исследования у больных с карциномой *in situ*, которым выполнена субтотальная резекция или подкожная мастэктомия, местных рецидивов не было.

Выводы. Можно считать, что органосохранное лечение в объеме субтотальной резекции или подкожной мастэктомии с одномоментной реконструкцией являются адекватными и важными этапами социальной и психической реабилитации больных с неинвазивными формами РМЖ.

НОВАЯ МЕТОДИКА ДРЕНИРОВАНИЯ В ОНКОПЛАСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ УЛУЧШАЕТ ИСХОДЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

Varughese Thomas

Surgical Oncology, Lakeshore Hospital and Research Center, Cochin, India

Введение. Дренажи опухолевидного скопления сыворотки крови являются стандартной частью терапии РМЖ и онкопластической хирургии. Инстилляцией солевого раствора в после диссекции приводит к изменению центрального венозного давления, тем самым блокируется лимфенозное истечение в области диссекции – новизна метода состоит в том, что он легко воспроизводим. При этом методе снижаются осложнения течения заболевания в период стационарного пребывания пациента более чем 80%, что улучшает качество жизни после операции.

Цель. Развитие безопасного, универсально приемлемого и воспроизводимого метода для предотвращения осложнений при дренировании опухолевидной сыворотки при РМЖ и онкопластической хирургии.

Методы. Женщины с операбельным РМЖ составили вошли в группу исследования. Они были рандомизированы в группу 1 с обычными дренажами после РМЖ и в группу 2 без дренажей.

Стандартизация метода. В пилотное исследование вошли 25 последовательных случаев с операбельным РМЖ. Постхирургический дефект заполняли нормальным солевым раствором независимо от размера дефекта, пока датчик, установленный в полости не показал давление выше центрального венозного. Цветная доплерография подмышечной вены и артерии проводилась в течение выполнения процедуры, чтобы проверить любое побочное действие на сосудах. Давление в пределах полости регистрировалось графически вложенным датчиком до удаления остаточной жидкости. Интенсивная физиотерапия проводилась после первого операционного дня. Полное всасывание солевого раствора в полости и контроль за ней оценивалось УЗИ течение 7 дней во всех группах исследования. После окончания процедуры стандартизации пациенты выписывались из стационара в течение 24 часов. Пациенты проходили лечение не более 4 дней.

Заключение. Этот необычный дренаж уменьшает технические затраты, способствует более быстрому восстановлению психологических, физических, профессиональных, эмоциональных и половых аспектов, снижает заболеваемость, сокращает интервалы адьювантной терапии, уменьшает пребывание в стационаре и затраты, более приемлемый для семей и улучшает качество жизни. Полученные результаты могут быть воспроизведены в любом месте, поскольку методика проста и недорога. Эта простая методика может изменить философию локального лечения рака молочной железы в связи со снижением заболеваемости, затрат на лечение, обслуживания и улучшения качества жизни. Изменение давления в сосудах изотоническим раствором при интенсивной физиотерапии позволяет вытеснить опухолевидную сыворотку из полостей за счет расширения лимфатических каналов и блокирования микрокапилляров и венозных каналов. Эффект склеротерапии изотоническим раствором должен быть изучен в дальнейшем, для понимания механизмов гемостаза.

ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

Вельшер Л.З., Стаханов М.Л., Стулин И.Д., Савин А.А., Савин Л.А., Стражев С.В., Шихкеримов Р.К., Койчакаева А.С., Лочан Н.В., Лысейко Н.В., Антонюк М.В.

Онкологический центр ОАО РЖД ГОУ ВПО, Московский государственный медикостоматологический университет, Кафедра онкологии и лучевой терапии, Кафедра Нервных болезней лечебного факультета МГМСУ, Москва, Россия

Введение. Число больных, успешно перенесших радикальную мастэктомию, прогрессивно увеличивается. Однако, будучи излеченными от онкологического заболевания, у всех рано или поздно развивается комплекс патологических процессов, проявляющихся в виде прогрессирующего отека мягких тканей верхней конечности на стороне проведенного лечения, множестве разнообразных неврологических и(или) сосудистых, а также функциональных нарушений, совокупность которых большинством онкологов принято определять как постмастэктомический синдром. Вместе с тем, адекватной помощи эти пациенты практически не получают, изза отсутствия четкой концепции развития механизма возникновения нарушений и, как следствие этого, явно недостаточной эффективности мер, направленных на коррекцию возникшей патологии.

Материалы и методы. Мы изучили результаты исследований, проведенных до и в различные сроки после радикального лечения у 196 больных РМЖ. Изучены изменения их жалоб и общего соматического состояния. Проведена сравнительная оценка показателей гемостаза, реологических свойств крови, данных электроэнцефалографии, спиральной компьютерной ангиографии брахиоцефальных сосудов, а также показателей оценки их психоэмоционального статуса и качества жизни.

Результаты. Исследования показали, что у всех больных после радикального лечения развивается комплекс патологических нарушений, обусловленных не только и не столько расстройствами лимфо- и кровообращения верхней конечности, но и расстройствами церебральной гемодинамики, и поражением плечевого сплетения. Клинически это проявляется формированием скаленуссиндрома, развитие которого прогрессивно ухудшает общее соматическое и

психологическое состояние больных. Установлена и доказана высокая терапевтическая эффективность разработанного нами комплекса восстановительного лечения больных, перенесших радикальное лечение по поводу РМЖ.

Выводы. Все многообразие постмастэктомических расстройств по сути является сложным нейроваскулярным синдромом, наиболее ярким проявлением которого, безусловно, является прогрессивно нарастающий лимфостаз верхней конечности, нередко наблюдающийся в сочетании с синдромом Педжетта-Шреттера и синдромом позвоночной артерии.

ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СТЕПЕНЕЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ ОБЛАСТЕЙ ЯДРЫШКОВЫХ ОРГАНИЗАТОРОВ С КОМПЬЮТЕРНОЙ ОБРАБОТКОЙ ИЗОБРАЖЕНИЙ ЯДЕР

Волченко Н.Н., Спиридонов И.Н., Самородов А.В., Славнова Е.Н.

ФГУ Московский научноисследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Росздрави; Московский государственный технический университет имени Н.Э. Баумана; Москва, Россия

Цель. Изучить активность областей ядрышковых организаторов с применением морфометрической компьютерной обработки для цитологической диагностики степеней дифференцировки ИнПР МЖ.

Материал и методы. Исследовали дооперационные пунктаты от 60 больных, оперированных по поводу ИнПР МЖ. Препараты окрашивали нитратом серебра для выявления областей ядрышковых организаторов. Всего исследовано 300 ядер опухолевых клеток. Для разделения групп препаратов на высоко, умеренно и низкодифференцированный ИнПР МЖ использовался кластерный анализ, который заключался в объединении исследуемых изображений ядер в кластеры (группы) на основании ряда признаков, зависящих от оптической плотности. Определены признаки, зависящие от градаций (уровней) оптической плотности: мера неоднородности изображения, мера амплитуды колебаний интенсивности оптической плотности, мера зависимости уровней оптической плотности, гомогенность. Программное обеспечение позволяло оценивать распределение оптической плотности в разных участках изображения ядра. В нашем исследовании была использована оценка распределения оптической плотности на разных участках ядра.

Результаты. В кластерах (группах) 1 и 2, характерных для высокодифференцированного рака, определялись ядра небольших размеров, содержащие 1-2 среднего размера ядрышка и 4-5 микроядрышка, фон ядер равномерный. Кластер (группа) 3, характерный для умереннодифференцированного рака, содержит ядра среднего размера с большим количеством полиморфных мелких, средних и единичных крупных ядрышек. В кластере 4, характерном для низкодифференцированного рака, определяются крупные ядра с рассеянными по ядру множественными мелкими ядрышками. Кластеры 5 и 6 содержат ядра среднего и крупного размера, которые могут встречаться как при умереннодифференцированном, так и низкодифференцированном раке, характеризующиеся рассеянными по ядру множественными гранулами серебра и наличием от единичных до множества полиморфных крупных ядрышка. При высокодифференцированном ИнПР ядра в 70-90% группируются в кластеры 1 и 2, в других кластерах их число незначительно. При умереннодифференцированном ИнПР ядра группируются в кластеры 3 (25-30%), 5 и 6 (50-65%), при низкодифференцированном ядра группируются в кластеры 4 (20-25%), 5 и 6 (65-80%). Для окончательного определения степени злокачественности ИнПР молочной железы необходимо, чтобы более чем 50% ядер относились к определенным классам.

Вывод. Метод определения активности ядрышковых организаторов с последующей морфометрической компьютерной обработкой изображений ядер позволил объективизировать цитологическое определение степени дифференцировки ИнПР МЖ.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЦЕПТОРНОГО СТАТУСА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПОЛИМОРФИЗМЕ ГЕНА COMT

Жарикова И.А., Смирнова И.А., Кондрашова Т.В.

ГУ МРНЦ РАМН; Обнинск, Россия

Цель. Проанализировать рецепторный статус опухоли молочной железы при различном полиморфизме гена COMT.

Материал и методы. При обследовании 57 женщин было выполнено определение рецепторного статуса опухоли. Использовали операционный материал или ткань, полученная при трепанбиопсии опухоли. Для каждого исследования обязательно брался негативный контроль, который при оценке результатов показывает фоновое окрашивание. Оценка реакции определялась субъективно на основании интенсивности окрашивания ядер клеток опухоли, и количества окрашенных ядер: +, ++, +++ . Молекулярно-генетический анализ гена COMT выполнялся в образцах ДНК, выделенных из периферической крови. При этом использовался метод ПЦР с последующей обработкой амплифицированного фрагмента специфической рестриктазой (метод RFLP/PCR). Полученные фрагменты регистрировались с помощью электрофореза в агарозном геле.

Результаты. При наличии высокой активности COMT у 46% женщин регистрировались опухоли с высоким содержанием рецепторов (ЭR+++), при снижении активности данного гена (это формы HL и LL) отмечалось уменьшение соотношения женщин (ЭR+++) – 29% и 26% соответственно.

Выводы. В подгруппе с высокой активностью данного гена опухоли «рецептор положительные» встречались чаще, чем подгруппах с низкой активностью гена COMT.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Адамян А.А., Ромашов Ю.В.

ФГУ Институт хирургии им. А.В.Вишневского Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель. Широкое внедрение в клиническую практику надежных и эффективных способов транспозиции и аутотрансплантации больших массивов тканей, в том числе с использованием микрохирургической техники, разработка органосохраняющих операций, достижения пластической и эстетической хирургии позволили по новому взглянуть на проблему лечения рака молочной железы у женщин.

Материалы и методы. В Государственном центре перевязочных, шовных и полимерных материалов в хирургии ФГУ институт хирургии им. А.В.Вишневского РАМН разработана simultанно-синхронная операция субтотальной резекции молочной железы по поводу рака с ее восстановлением и выполнением билатеральной увеличивающей маммопластики с

дермальной мастопексией. Больная Б., 45 лет обратилась в институт хирургии с жалобами на наличие опухолевидного образования в наружных отделах правой молочной железы, отвислость и неудовлетворительную форму молочных желез, которую отмечает после родов и кормления ребенка. При обследовании по данным поликлинического осмотра в правой молочной железе обнаружено опухолевидное образование размером 1,5 см. Больная направлена в маммологический центр г. Москвы, где выполнена рентгеномаммография с пункционной биопсией опухоли. По данным исследования на фоне мастопатии в правой молочной железе на границе наружных квадрантов определяются скопления микрокальцинатов и опухолевидное образование без четких контуров размером 1,5x1,8 см.

КТ: картина патологического узлового образования правой молочной железы с признаками инфильтрации подкожно-жирового слоя. Четких данных за лимфо- и гематогенное метастазирование не получено. Установлен диагноз: Рак правой молочной железы (гистологически – внутритротоковый рак), T1N0T0. Постлактационная инволюция молочных желез.

Результаты. Операцию выполняли одновременно в несколько этапов двумя бригадами хирургов. Первый этап – онкологический. В положении больной на боку одна бригада выполняла радикальную резекцию в объеме наружных квадрантов с лимфаденэктомией, другая – формировала торакодорзальный лоскут на ножке. Второй этап – реконструктивный. Первая хирургическая бригада осуществляла реконструкцию молочной железы, вторая – закрывала донорский участок. Третий этап – эстетический. В положении больной на спине первая бригада хирургов заканчивала реконструкцию (имплантация эндопротеза с последующей мастопексией), вторая – выполняла увеличивающую маммопластику с мастопексией. Осложнений после операции не было, эстетический эффект хороший. В дальнейшем, проведена профилактическая ПХТ по схеме 4х курсов. Спустя 4 года состояние больной удовлетворительное, жалоб нет. Признаков местного рецидива опухоли, регионарного и отдаленного метастазирования нет. Эстетический эффект операции сохранен.

Выводы. Таким образом, наш опыт одномоментного синхронного выполнения радикальной онкологической, восстановительной и эстетической операций убеждает в рациональности и перспективности такого подхода в хирургическом лечении рака молочной железы.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОГО РЕЦИДИВА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ромашов Ю.В., Адамян А.А.

ФГУ Институт хирургии им. А.В.Вишневского РАМН, Москва, Россия

Цель. Изучить особенности возникновения местных рецидивов после традиционной радикальной мастэктомии.

Материалы и методы. В отделении пластической и реконструктивной хирургии института находились на обследовании и хирургическом лечении 3 больных в возрасте старше 50 лет с местным рецидивом рака молочной железы через 5–18 лет после радикальной мастэктомии. У двоих рецидивы были многократными после иссечения опухоли в пределах мягких тканей грудной стенки.

Результаты. Одномоментно приступали к ликвидации дефекта. Первым этапом шивали лоскут из консервированной твердой мозговой оболочки (ТМО), герметично фиксируя ее отдельными узловыми швами к краям дефекта в положении «in line» (2 наблюдения). В 1 наблюдении для этой цели использовали специальный синтетический эндопротез «Dual mesh», имплантированный в позиции «on line». Следующим этапом восстанавливали опорнозащитную функцию грудной клетки имплантацией специальных эндопротезов ребер из углеродсодержащего материала «Остек» и/или фторопласта, которые фиксировали к концам резецированных ребер проволочными лигатурами.

Выводы. Восстановление жесткости костного каркаса благоприятным образом повлияло на течение ближайшего послеоперационного периода. В сроки от 1 года до 7 лет рецидива заболевания не выявлено. Восстановление жесткости костного каркаса грудной стенки после обширной резекции путем эндопротезирования, предотвращает развитие осложнений, ускоряет выздоровление больных, повышает резектабельность больных и радикальность вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ НОСА

Аль Харби Амин Али, Клочихин А.Л., Чистяков А.Л.

ГУЗ «Ярославская областная клиническая онкологическая больница», Ярославль, Россия

Цель. Оптимизировать методы пластической хирургии при лечении злокачественных и доброкачественных новообразований кожи носа.

Материал и методы. Проведено хирургическое лечение злокачественных и доброкачественных опухолей кожи носа у 120 пациентов, из них 43 мужчины и 77 женщин. Операция заключалась в широком иссечении опухоли с одномоментным закрытием образовавшегося дефекта с помощью кожной пластики. Преобладали пациенты в возрастной группе от 60 до 70 лет. По гистологической структуре преобладали злокачественные опухоли – 102 человека, доброкачественные – 18 человек. Среди злокачественных опухолей у 81 пациента наблюдалась базалиома кожи носа, у 18 – рак, у 3 – меланома. По степени распространения злокачественных опухолей пациенты распределились следующим образом: T1 – 49 пациентов; T2 – 27 пациентов; T3 – 12 пациентов; T4 – 14 пациентов. 15 больным (12,5%) хирургическое лечение выполнено по поводу продолженного роста или рецидива опухоли после проведенного курса близкофокусной рентгенотерапии, 5 (4,2%) – после ранее проведенного хирургического лечения, 6 (5%) – после ранее выполненной лазерной деструкции опухоли. Всем пациентам для замещения дефектов после удаления опухолей кожи потребовалась пластика следующими видами лоскутов: скользящий кожно-жировой лоскут – 51 случай; ротационный кожно-жировой – 47 случаев; свободный полнослойный – 5 случаев; свободный расщепленный – 4 случаев; свободный кожно-хрящевой – 8 случаев; комбинированный – 5 случаев.

Результаты. Заживление ран первичным натяжением отмечено у 114 больных из 120, что составило 95%. В группе больных со злокачественными опухолями кожи частота продолженного роста или рецидива в период наблюдения от 1 до 5 лет составила 2,9%.

Выводы. Частота продолженного роста и рецидива злокачественных опухолей кожи носа после хирургического лечения за период наблюдения от 1 до 5 лет составила 2,9%. При распространенных новообразованиях кожи носа при локализации поражения в верхних отделах носа наилучший эстетический результат дает хирургическое лечение с

пластикой дефекта ротационным кожным лоскутом со лба, а при локализации процесса в области кончика и крыльев носа – операция с закрытием дефекта ротационным кожно-жировым лоскутом со щеки.

МОРФОЛОГИЯ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ

Вельшер Л. З., Решетов Д. Н., Габуня З. Р., Цалко С.Э., Гайнединов С.М., Дудицкая Т.К.

ГОУ ВПО Московский государственный медикостоматологический университет, кафедра онкологии и лучевой терапии, Москва, Россия

Цель. Изучить морфологическую картину сторожевых лимфатических узлов, удаленных у больных меланомой кожи.

Материалы и методы. Больным с первичными меланомами кожи различных локализаций без клинических признаков регионарного и отдаленного метастазирования проводился поиск и удаление «сторожевых» лимфатических узлов по стандартной методике. Контактный поиск «сторожевых» лимфатических узлов осуществлялся ручным гамма-сканером. При обнаружении метастазов меланомы в удаленных лимфатических узлах, пациенты подвергались отсроченной лимфаденэктомии.

Результаты. В исследовании гистологическому изучению было подвергнуто 709 «сторожевых» лимфатических узлов, а стандартному гистологическому изучению подверглись 837 «не сторожевых» лимфатических узлов. По характеру морфологической картины все удаленные лимфатические узлы можно было подразделить на следующие типы:

I тип – лимфатические узлы, пораженные метастазами меланомы;

II тип – лимфатические узлы с выраженным синусовым гистиоцитозом;

III тип – лимфатические узлы с умеренновыраженным синусовым гистиоцитозом;

IV тип – лимфатические узлы в состоянии фолликулярной гиперплазии;

V тип – неизмененные лимфатические узлы.

По нашим данным наибольшее количество «сторожевых» лимфатических узлов (70%) имели картину выраженного синусового гистиоцитоза, тогда как в прочих лимфатических узлах подобный тип строения встречался значительно реже. Интересным является наблюдение о том, что все обнаруженные микрометастазы имели место в лимфатических узлах с выраженным сопутствующим гистиоцитозом краевых синусов.

Выводы. «Сторожевые» лимфатические узлы в 97% случаев являются предикторами в отношении состояния всех прочих лимфатических узлов. Также можно сделать выводы о наличии связи между гистологическим строением лимфатического узла и фармакокинетикой радиофармпрепарата, использовавшегося для его маркировки.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ В ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

Добренский М.Н., Добренская Е.М., Оганесян Ю.В., Бесчастнова М.А.

Астраханская государственная медицинская академия, Астраханский областной онкологический диспансер, г. Астрахань, Россия

Цель. Провести сравнительный анализ различных хирургических подходов на результатах 5ти летней выживаемости больных меланомой кожи.

Материалы и методы. В исследование было включено 737 больных меланомой кожи, находившихся на лечении в Астраханском областном онкологическом диспансере с 1986 по 2006 годы. Из них женщин 468, мужчин 269, в возрасте от 20 лет до 81 года. Стадия заболевания устанавливалась по системе TNM. Все оперативные вмешательства выполнялись под общим обезболиванием. Субфасциальное широкое иссечение на конечностях и волосистой части головы сопровождалось закрытием дефекта послойным дермоэпидермальным лоскутом с кожи передней брюшной стенки (n=493); на туловище – встречными лоскутами (n=244). У 243 больных широкое иссечение сопровождалось превентивной лимфодиссекцией с учетом локализации, размеров опухоли, уровнем инвазии по Кларку. У 217 больных была выполнена лимфаденэктомия в связи с наличием регионарных метастазов. Больным всех групп при III уровне инвазии по Кларку и выше в послеоперационном периоде проводили адьювантную химиотерапию.

Результаты. 5ти летняя выживаемость в группе больных, которым выполнено широкое иссечение со свободной кожной пластикой в сочетании с одномоментной лимфодиссекцией составила 69,7%. В группе больных, которым выполнено широкое иссечение без превентивной лимфаденэктомии она составила 58,2%. При наличии метастазов в регионарных ЛУ 5ти летняя выживаемость составила 54,9%.

Выводы. Широкое иссечение первичного очага со свободной кожной пластикой в сочетании с одномоментной превентивной лимфаденэктомией приводит к более высоким результатам лечения (69,7%).

НЕПРЯМАЯ ЛИМФОСЦИНТИГРАФИЯ В ПОИСКЕ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У БОЛЬНЫХ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ

Лазутина Т.Н., Пак Д.Д.

ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологии», Москва, Россия

Цель. Оценить объем лимфодиссекции с учетом морфологического исследования сторожевых лимфатических узлов с целью улучшить качество жизни и выживаемость больных меланомой кожи.

Материалы и методы. В исследование были включены 105 больных меланомой кожи без признаков метастазирования, мужчин – 33 (31,4%), женщин – 72 (68,6%). У 32 (30,5%) больных меланома локализовалась на коже нижних конечностей, у 19 (18,1%) – верхних конечностей, у 52 (49,5%) – на коже туловища, у 2 (1,9%) – на голове и шее. За 2-24 часа до операции вводился лимфотропный коллоид «Наноцисс». Пути лимфооттока были контрастированы на дооперационном этапе у 102 (97,1%) больных, на этапе операции – у 104 (99%), этим больным выполнялось широкое иссечение меланомы и биопсия «сторожевых» лимфоузлов.

Результаты. При меланоме кожи нижних конечностей на обзорной скинтиграмме у 2 (6,2%) больных визуализировались бедренные лимфоузлы, у 14 (43,8%) паховые, у 11 (34,4%) паховобедренные, у 4 (12,5%) – подвздошнопаховобедренные лимфоузлы. В 1(3,1%) случае контрастированы подколенные лимфатические узлы. Из 5 (26,3%) больных с меланомой кожи надплечья, у 3 визуализировались подмышечные лимфоузлы, у 1(5,3%) надключичные, у 1(5,3%) подмышечные и

надключичные одновременно. Из 11 больных с меланомой кожи грудной стенки, расположенной вблизи срединной линии, у 6 (54,5%) контрастированы подмышечные лимфоузлы с обеих сторон, у 2 (18,2%) – с одной стороны; у 1 (9,1%) подмышечные и надключичные лимфоузлы с одной стороны, у 2 (18,2%) – только надключичные лимфоузлы с одной стороны. Из 5 больных с меланомой кожи расположенной в проекции диафрагмы у 3 контрастированы одновременно подмышечные и паховые лимфоузлы, у 2 – только подмышечные. Метастатическое поражение регионарных лимфоузлов составило 12 (11,4%). Метастазы в «сторожевых» лимфатических узлах обнаружены у 10 (9,6%). Ложноотрицательный результат составил 1,9%.

Выводы. Проведение радиоизотопного исследования лимфатических узлов, является важным этапом диагностического поиска, позволяющим определить преимущественное направление тока лимфы от исследуемого участка тела. Состояние сторожевых лимфатических узлов у больных меланомой кожи с высокой точностью отражает состояние лимфатических узлов соответствующего лимфатического коллектора.

ПЛАСТИКА КОЖНЫХ ДЕФЕКТОВ ОСТРОВКОВЫМИ ЛОСКУТАМИ НА ПЕРФОРАНТНЫХ СОСУДАХ

Ляпичева О.В., Пржедецкий Ю.В.

ФГУ «Ростовский научноисследовательский онкологический институт Росмедтехнологий», Ростов-на-Дону, Россия

Цель. Разработать метод закрытия послеоперационных дефектов голени и предплечья островковыми лоскутами на перфорантных сосудах.

Материалы и методы. В 7 случаях выполнялась пластика эпифасциальными лоскутами. В 9 наблюдениях – субфасциальными лоскутами.

Результаты. Во всех случаях послеоперационный период протекал гладко, в 3 случаях были осложнения переходящей ишемией дистального лоскута и в одном – проксимального лоскута (кожно-жировой лоскут). Преимуществом субфасциальных лоскутов является их большая мобильность, смещаемость вдоль оси конечности составила 3,3-0,7 см, в отличие от эпифасциальных 2,0-0,6 см. При субфасциальной мобилизации выделение сосудов происходило легче, чем при эпифасциальной, что было обусловлено рыхлой связью между мышцей и фасцией.

Выводы. Использование островковых лоскутов на перфорантных сосудах позволяет повысить их мобильность с сохранением адекватного кровоснабжения. Субфасциальная мобилизация лоскутов является предпочтительной по сравнению с эпифасциальной.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ МЕЛАНОМой КОЖИ

Овсяницкий С.В., Кабанов А.М.

ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер», Краснодар, Россия

Цель. Изучить эпидемиологию ЗНО кожи представляет особый интерес в Краснодарском крае.

Материалы и методы. В Краснодарском крае за последние 6 лет отмечается рост заболеваемости меланомой кожи. В 2007 году диагноз злокачественной меланомы кожи был морфологически верифицирован в 100% случаев.

Результаты. Наиболее высокие показатели заболеваемости злокачественной меланомой кожи в 2007 году отмечаются в г. Геленджике, Выселковском и Крыловском районах. Из 47 административных территорий Краснодарского края в 22 зарегистрирован отрицательный прирост заболеваемости меланомой по отношению к 2002 г. В Горячеключевском, Павловском и ПриморскоАхтарском районах заболеваемость меланомой кожи в 2007 г. сохранилась на уровне 2002 года. Темпы положительного прироста заболеваемости меланомой кожи были максимальными в г. Геленджике, Кущевском и Белореченском районах. В структуре злокачественных новообразований в 2007 г. в Краснодарском крае меланома кожи составила 1,7%. Анализируя возрастно-половые показатели заболеваемости, отмечается два пика заболеваемости меланомой кожи, как у мужчин, так и у женщин: в возрастных интервалах 55-59 и 65-69 лет. В возрасте 70 лет и старше у обоих полов наблюдается значительное снижение заболеваемости меланомой. Заболеваемость меланомой кожи у мужчин на 11 месте, а у женщин – на 13 среди всех злокачественных новообразований в 2007 году. Показатель пятилетней наблюдаемой выживаемости при I стадии заболевания – 83,7%, при II – 74,4%, при III – 53,7%, а при IV стадии – 12,5%. Отмечается положительная динамика показателя однолетней наблюдаемой выживаемости с 2002 г. (82,8%) по 2007 г. (85,7%), а также скорректированной выживаемости во всех стадиях заболевания, что говорит о правильной тактике проводимого специального противопухлякового лечения.

Выводы. В структуре смертности от злокачественных новообразований в Краснодарском крае доля онкопатологии кожи составляет 2,6%.

МЕЛАНОМА ПОЛОСТИ РТА

Решетов И.В., Маторин О.В., Арутюнян Л.С., Корицкий А.В.

МНИОИ им П.А.Герцена, ММА им И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель. Тактика лечения пигментных опухолей полости рта

Материалы и методы. За период с 2000 по 2008 год в клинику обратились 7 больных с жалобами на меланому слизистой полости рта. Возраст пациентов составил от 27 до 64 лет. Очаги меланомы были локализованы на слизистой верхней губы – 1, слизистой твердого неба – 3, альвеолярном отростке нижней челюсти – 3. На дооперационном этапе у трех больных диагноз верифицирован морфологически: десмопластическая нейротропная меланома, эпителиоцелочная пигментная меланома – 1, в одном случае выполнена тотальная биопсия – инфильтративный рост веретенчаточной пигментной меланомы. Признаков генерализации опухолевого процесса выявлено не было. Во всех случаях выполнены хирургические вмешательства в объеме блоковых резекций с пластикой: в 2 – микрохирургическая, в 1 – лоскут на сосудистой ножке (большая грудная мышца), в 4 – местными тканями. В послеоперационном периоде всем больным проводилась иммунохимиотерапия, в одном случае в сочетании с фотодинамической терапией.

Результаты. По результатам плановых гистологических исследований во всех случаях отмечен инфильтративный рост опухоли в прилежащие костные и сосудисто-нервные структуры, условно радикальная операция выполнена в одном случае. Сроки наблюдений составляют от 4х лет до 2 месяцев. В течении первого года наблюдений рецидива опухоли не выявлено.

Заключение. Меланома слизистой полости рта является редкой морфологической формой. Основной план лечения – хирургический. Целесообразность выполнения лимфодиссекции и ее объем необходимо обсуждать.

АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

Решетов Д.Н., Вельшер Л.З., Стаханов М.Л., Цалко С.Э., Мазурова М.П., Чочуа Г.А.

ГОУ ВПО Московский государственный медикостоматологический университет, кафедра онкологии и лучевой терапии, Москва, Россия

Цель. Изучить возможности применения аутофлуоресцентной дифференциальной диагностики опухолей кожи диагностики.

Материалы и методы. Было обследовано более 2000 пациентов с различными опухолями кожи: 568 человек с базалиомой, 132 с плоскоклеточным раком кожи, 255 с меланомой, 645 с пигментными невусами, 220 с беспигментными доброкачественными образованиями кожи, 150 с сосудистыми опухолями и пр. Число ложноположительных результатов при подозрении на злокачественную опухоль составило около 8%. Число ложноотрицательных результатов при исследовании доброкачественных опухолей составило также около 8%.

Результаты. Метод аутофлуоресцентной неинвазивный, пациент не испытывает лучевой нагрузки, в среднем исследование занимает 1 минуту. Техническая простота, безопасность метода делают его разработку еще более актуальной, поскольку он может использоваться для скрининга опухолевой и неопухолевой патологии различной локализации.

Выводы. В перспективе готовится разработка эндоскопического аутофлуоресцентного оборудования, что позволит расширить диагностические возможности метода для исследования тканей пищеварительной и дыхательной систем организма, в том числе и интраоперационное.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ И КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ

Рыбаков Е.Г., Шельгин Ю.А., Нечушкин М.И., Капуллер Л.Л., Маркова Е.В., Максимова Л.В.

ФГУ Государственный научный центр колопроктологии Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель. Определить показания к хирургическому и комбинированному лечению больных с опухолями периаанальной кожи.

Материалы и методы. с 1995 по 2008 годы в ГНЦ колопроктологии на лечении по поводу рака периаанальной кожи находились 34 пациента (17 мужчин, 17 женщин), медиана возраста составила 53±14 (2880) года. Интраэпителиальные опухоли (ИО) были выявлены у 3 больных: 2 – плоскоклеточный рак (болезнь Боуэна) и 1 – аденокарцинома (экстрамамиллярный рак Педжета). У 31 больного опухоли были представлены инвазивным плоскоклеточным раком различной дифференцировки. У 4 (12,9%) больных опухоль классифицировалась как T1N0M0, у 17 (54,8%) как T2N0M0, у 3 – T3N0M0 и у 1 – T4N0M0. Метастазы в паховые лимфоузлы (T14N1M0) были выявлены у 6 (19,4%) больных.

Результаты. Местное иссечение выполнено 3 больным с ИО и у 9 из 31 больного с инвазивным раком (T12N01M0 n=8, T3N1M0 n=1). Во всех наблюдениях местное иссечение выполнено по поводу опухолей без признаков инвазии в наружный анальный сфинктер, за исключением одного случая (T3N1M0), где местное иссечение выполнено в связи с угрожающим жизни больного профузным кровотечением из гигантской распадающейся опухоли. У 6 пациентов послеоперационная рана была ушита, у двух для закрытия раневого дефекта применена VY кожная пластика. Послеоперационная ЛТ была назначена 2 пациентам. Заживление ран первичным натяжением отмечено у 5 из 8 пациентов. От 2 до 48 месяцев прослежены 8 больных. В настоящее время рецидивы не выявлены. У 16 больных (T3-4N01M0) проведена ЛТ СОД 60Гр, у 8 – ХЛТ СОД 60Гр + кселода. В настоящее время ЛТ или ХЛТ завершена у 20 больных. Полная регрессия опухоли достигнута у 15 (75%) из 20 больных. У 4 больных ЛТ привела к частичной регрессии, у одного больного на фоне ЛТ отмечено прогрессирование заболевания. У 3 в течение года развились рецидивы заболевания. Еще у 2 пациентов в поздние сроки возникли лучевые язвы промежности, потребовавшие отключения прямой кишки из пассажа кишечного содержимого с помощью сигмостомы. Таким образом, удовлетворительный результат ЛТ или ХЛТ (полная регрессия → локальный контроль и сохраненная анальная дефекация) достигнут у 10 (50%) больных.

Выводы. Методом выбора при опухолях периаанальной кожи не вовлекающих в процесс анальный сфинктер является местное иссечение с или без послеоперационной ЛТ. VY кожная пластика – эффективный метод закрытия больших раневых дефектов периаанальной кожи.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ МЕЛАНОБЛАСТОМЫ КОЖИ

Чистяков А.А., Гончар А.Г., Комендант В.В., Трухин Д.В., Темниченко Д.П., Суганяка В.Г., Дьячков О.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецкий областной противоопухолевый центр, Донецк, Украина

Цель. Оценить результаты лечения генерализованных форм меланобластомы кожи.

Материалы и методы. За период с 2005 по 2007 гг. обратилось 28 пациентов с распространенной формой меланобластомы кожи. Все они имели небольшую пигментную опухоль до 2-3 см. в диаметре, расположенную на различных участках тела: верхние конечности – 4 больных, нижние конечности – 6, туловище – 10, голова и шея – 8. У всех пациентов имелось метастазирование основного процесса в периферические ЛУ: паховые, подмышечные и надключичные, а у 8% пациентов определялись увеличенные лимфоузлы средостения и забрюшинные лимфоузлы. Все пациенты поступили в тяжелом состоянии и требовали интенсивной симптоматической терапии, которая проводилась в течение 3-4 суток. В последующем пациенты получали специальную терапию, включающую иммунохимиотерапию, которая проводилась циклично с интервалом между циклами в 21 день. При этом эндолимфатически вводился реальдерон в дозе

3 млн. ЕД ежедневно до суммарной дозы 30 млн. ЕД. Параллельно с 1го дня внутривенно вводился дакарбазин в дозе 200 мг/м² в течение 5ти дней

Результаты. Во время проведения иммунохимиотерапии не было отмечено выраженных токсических реакций, вызванных действием иммунохимиопрепаратов. После проведения лечения (3х курсов иммунохимиотерапии) отмечалась частичная регрессия периферических метастазов у 8 пациентов (28,5%), полная регрессия – у 4 больных (14,3%), стабилизация процесса выявлена у 12 пациентов (42,8%), прогрессирование меланобластомы определено у 4 больных (14,3%). При этом средняя продолжительность жизни у больных с распространенной формой меланобластомы кожи составила 1,2 года.

Выводы. Настоящий метод лечения (интенсивная симптоматическая + эндолимфатическая иммунохимиотерапия) распространенной меланомы кожи, достоверно улучшает непосредственные результаты лечения и в 10% случаев позволяет улучшить отдаленные результаты.

ФАЛЛОПЛАСТИКА ПРИ АМПУТАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ТОРАКОДОРСАЛЬНЫМ АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ

Шимбирёва О.Ю., Миланов Н.О., Адамян Р.Т., Старцева О.И.

ГУ Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского РАМН, Москва

Цель. Оценить функциональные и эстетические и результаты фаллопластики у пациентов с онкопатологией урогенитальной области существенно влияют на качество жизни.

Материалы и методы. Проведено 184 фаллопластик с использованием свободного реваскуляризованного и реиннервируемого торакодорсального аутооттрансплантата у 182 пациентов при врожденной и приобретенной патологии урогенитальной области. Из них 72 пациентам выполнена уретропластика свободным реваскуляризуемым лучевым аутооттрансплантатом. Спектр врожденной патологии представлен транссексуализмом (174 пациента) и гермафродитизмом (3 пациента). Приобретенная патология представлена травматической ампутацией полового члена (3 пациента) и ампутацией полового члена в результате онкологического заболевания (2 пациента).

Результаты. Ампутация полового члена, лимфаденэктомия и полный курс лучевой терапии у двух пациентов были произведены по поводу плоскоклеточного рака полового члена. Обоим пациентам были выполнены операции через 4 и 5 месяцев после фаллопластики свободным реваскуляризуемым и реиннервируемым торакодорсальным аутооттрансплантатом и уретропластика свободным реваскуляризуемым лучевым аутооттрансплантатом по стандартной методике. Реваскуляризацию торакодорсального аутооттрансплантата осуществляли через нижние эпигастральные сосуды. Реиннервацию выполняли через двигательную ветвь запирающего нерва, иннервирующую нежную мышцу бедра. Через 12-14 дней после уретропластики восстановлено самостоятельное мочеиспускание.

Выводы. Хороший функциональный и эстетический результат фаллопластики свободным реваскуляризуемым и реиннервируемым торакодорсальным аутооттрансплантатом и уретропластики свободным реваскуляризуемым лучевым аутооттрансплантатом обеспечил полную реабилитацию пациентов после ампутации полового члена в результате онкологического заболевания. Основным достоинством методики является возможность адекватной реиннервации сформированного неофаллоса

ОНКООРТОПЕДИЯ

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ – МЕТОД ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ КОСТЕЙ

Алиев М.Д., Соколовский В.А., Нисиченко Д.В., Орехов М.Н.

РОНЦ РАМН им Н.Н. Блохина; Москва, Россия

Цель. Анализ результатов эндопротезирования в клиник общей онкологии за период 1992–2006 гг. (15 лет).

Материалы. В клинике выполнено 450 операций в объеме сегментарной резекции и тотального удаления длинных трубчатых костей с последующим эндо- или реэндопротезированием. Анализируются 386 пациентов с первичными и 28 с метастатическими поражениями скелета. Средний возраст 26 лет, 180 женщин (47%), и 206 (53%) мужчин. По морфологической структуре преобладали: остеосаркома 46 %, хондросаркома – 10%, саркома Юинга – 5% и ГКО – 14%. Тотальное замещение бедренной кости составило 4%.

Результаты. Органосохраняющее лечение выполнено более 85% пациентам, госпитализированных в клинику общей онкологии. Частота неонкологических осложнений составила: нестабильность 13,7%, инфекция ложа эндопротеза – 12%. Частота рецидивов составила 14%. Факторами, повышающими риск развития инфекционных осложнений являются локализация в большеберцовой кости 19%, химио- или лучевая терапия в анамнезе. Факторами риска для локального контроля были: объем удаляемой опухоли и радикальность операции. Функциональная оценка по шкале MSTs составила 70% для плечевого сустава, 80% для тазобедренного сустава, 58% для тотального замещения бедренной кости, 92% при резекции дистального отдела бедренной кости и 75% при резекции проксимального отдела большеберцовой кости.

Выводы. Эндопротезирование костей и суставов, обеспечивая надежный локальный контроль и удовлетворительные функциональные результаты, является методом выбора хирургического лечения больных с костной онкопатологией.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Абдикаримов Х.Г., ГафурАхунув М.А., Исламов У.Ф.

Республиканский Онкологический Научный Центр МЗ Рuz; Ташкент, Узбекистан

Цель. Определить объем хирургического вмешательства у больных с опухолями проксимального отдела бедренной кости.

Материал и методы. Под наши наблюдением находились 46 больных с опухолями проксимального отдела бедренной кости. Мужчин – 31, женщин – 15. В 39 случаях опухоль была первичная, в 3 – рецидивная и в 4 – метастатическая.

У 22 больных был патологический перелом. По гистологической структуре в большинстве случаев была гигантоклеточная опухоль – 27 (из них в 11 злокачественный вариант), в 6 – саркома Юинга, в 5 – хондросаркома, в 1 – остеосаркома, в 3 – хондромиксоидная фиброма и по одному случаю метастазы рака почки, верхней челюсти, молочной и щитовидной железы. По характеру хирургического вмешательства в 29 случаях выполнены радикальные операции, 10 – условно радикальные, 7 – паллиативные. 35 больным выполнены органосохраняющие операции, 5 – калечащие (экзартикуляция бедра) и 6 – высококалечащие (гемипельвэктомия). Из 35 сохраненных операций в 14 – произведена резекция проксимального отдела бедренной кости с эндопротезированием тазобедренного сустава, в 7 – сегментарная резекция кости, интрамедуллярный остеосинтез с аутопластикой, в 10 – экскокхлеация опухоли с аутопластикой и цементированием, в 4 – краевая резекция кости.

Результаты. В сроке наблюдения до 7 лет, у 4 – выявлен рецидив опухоли, у 7 – отдаленные метастазы.

Заключение. Выполнение органосохраняющих хирургических вмешательств показано при доброкачественном процессе, при регрессии или стабилизации злокачественных опухолей после неoadъювантной химиотерапии, протяженности опухоли менее ½ длины бедренной кости, небольшом мягкотканом компоненте, отсутствии признаков прорастания в сосудисто-нервный пучок. Экзартикуляция бедра показана при опухолях с большим размером мягкотканого компонента с вовлечением в процесс сосудисто-нервного пучка и инфильтрацией подкожной клетчатки, кожи. А распространение опухоли в проксимальном направлении с прорастанием на кости и полость таза – является показанием к выполнению межподвздошно-брюшного вычленения конечности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ ОСЛОЖНЕННЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПЕРЕЛОМОМ

ГафурАхунов М.А., Муминов Ш.М., Абдикаримов Х.Г.

Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз; Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценить результаты лечения больных с метастатическими опухолями длинных костей осложненных патологическим переломом.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 39 больных с метастатическими поражениями длинных костей осложненных патологическим переломом. Мужчин – 26 (66,7%), женщин – 13 (33,3%), средний возраст составил – 47,4 года. Метастатическое поражение бедренной кости выявлено у 27 больных (69,2%), плечевой кости – 11 (28,2%) и большеберцовой кости – 1 (2,6%). В 12 (30,7%) случаях выявлен метастаз без первичновыявленного очага, в 10 (25,6%) – рака почки, в 7 (18,0%) – рака молочной железы, в 5 (12,8%) – сарком мягких тканей, в 1 (2,6%) – рака яичка, в 1 (2,6%) – меланомы хориоидеи, в 1 (2,6%) – щитовидной железы и в 2 (5,1%) – метастаз рака прямой кишки. 8 (20,5%) больным проведено хирургическое лечение, 12 (30,8%) – комбинированное, 11 (28,2%) – химиолучевое и у 8 (20,5%) – химиотерапия.

Результаты. В группе хирургического лечения всем больным произведены органосохраняющие операции. Средняя продолжительность жизни в этой группе составила – 10,0 мес. В группе комбинированного лечения у 7 пациентов (58,3%) – произведены различные виды органосохраняющих вмешательств, у 5 (41,7%) – калечащие операции. Во всех случаях проведена пред и послеоперационная полихимиотерапия в различных комбинациях. Средняя продолжительность жизни больных в этой группе составила – 11,1 мес.

Химиолучевое лечение проведено 11 (28,2%) больным. В этой группе больные после 2–6 курсов химиотерапии получали лучевую терапию. Химиотерапия в самостоятельном виде проведена 8 (20,5%) больным, 2–4 курса. Все больные группы химиолучевой и химиотерапии в течение 2х лет умерли от генерализации процесса.

Заключение. При метастатических опухолях длинных костей осложненных патологическим переломом активное хирургическое вмешательство позволяет провести органосохраняющее лечение. Комбинированное лечение не только увеличивает сроки выживаемости, но и улучшает качество жизни больных.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ, ОБРАЗУЮЩИХ КОЛЕННЫЙ СУСТАВ

Богдаев Ю.М., Жуковец А.Г., Прудывус И.С.

ГУ РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова; Минск, Республика Беларусь

Цель. Сравнить функциональные результаты различных методов замещения костей после сегментарных резекций.

Материалы и методы. Проведено хирургическое лечение 46 пациентам с локализацией опухоли в нижней трети бедренной кости и 36 – в верхней трети большеберцовой кости. Распределение больных по морфологической структуре: остеосаркома – 25, гигантоклеточная опухоль – 20, злокачественная фиброзная гистиоцитома – 13, хондросаркома – 10, злокачественная гигантоклеточная опухоль – 7, паростальная остеосаркома – 4, фибросаркома – 4. Замещение костей проводилось аллотрансплантатами у 43 (52,4%), однополюсными эндопротезами по Воронцову – у 25 (30,5%), индивидуальными тотальными металлоэндопротезами – у 14 (17,1%) больных. Функциональные результаты оценивались по шкале Enneking спустя 1 год после операции. При сравнении групп использовался двухсторонний тест Фишера с поправкой Бонферрони.

Результаты. При замещении нижней трети бедренной кости аллотрансплантатами превосходные результаты получены у 7, хорошие – у 14, удовлетворительные – у 4, плохие – у 4 больных. При использовании методики Воронцова хорошие результаты получены у 3, удовлетворительные – у 3, плохие – у 2 больных. Использование тотальных металлоэндопротезов позволило получить превосходные результаты у 8, хорошие – у 1 больного. Число превосходных результатов при металлоэндопротезировании значимо выше по сравнению с аллотрансплантацией ($p = 0,0028$) и методикой Воронцова ($p = 0,0012$). При замещении верхней трети большеберцовой кости аллотрансплантатами хорошие результаты получены у 7, удовлетворительные – у 4, плохие – у 1 больного. При использовании методики Воронцова превосходные результаты получены у 2, хорошие – у 9, удовлетворительные – у 6 больных. Использование металлоэндопротезов позволило получить превосходные результаты у 6, удовлетворительные – у 1 больного. Число превосходных результатов при металлоэндопротезировании значимо выше по сравнению с аллотрансплантацией ($p = 0,0008$) и методикой Воронцова ($p = 0,0040$).

Заключение. Использование тотальных металлических эндопротезов коленного сустава позволяет достичь лучших функциональных результатов по сравнению с аллотрансплантацией и однополюсным эндопротезированием.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВЫХ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ МОДУЛЬНЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ «МАТИЦИТО»

Балберкин А.В., Ильин А.А., Колондаев А.Ф., Снетков Д.А., Шавырин Д.А.
ФГУ ЦИТО им. Н.Н.Приорова, МАТИРГТУ им. К.Э.Циолковского; Москва, Россия

Цель. Оценить результаты применения новых модульных эндопротезов тазобедренного (у 82 пациентов, в сроки от 4 месяцев до 7,5 лет, в ср. 3,9 года) и коленного (у 42, в сроки от 3 до 18 месяцев) суставов «МАТИЦИТО» у пациентов с опухольми, нестабильностью или износом ранее использованных для замещения дефектов конструкций, в ранние и средние сроки после операций.

Материалы и методы. Длина резекций колебалась от 7 до 22 см (в среднем 15 см) для проксимального суставного конца бедренной кости, от 8 до 24 см (в среднем 14,3 см) – дистального, от 8 до 16 см (в среднем 11,8 см) – для проксимального отдела большеберцовой кости.

Результаты. Клинические результаты по системе MSTS на момент последнего осмотра в 93% случаев были хорошими и отличными, средняя оценка составила 82% от максимально возможной. Число осложнений, связанных с эндопротезированием, было сравнительно невелико. Асептическая нестабильность бедренного компонента эндопротеза тазобедренного сустава отмечена в 1 случае (1,2%), нарушение его целостности – в 2х (2,4%). У 3 больных (3,7%) произошел вывих головки эндопротеза, устраненный оперативным путем. Имело место по одному случаю (2,3%) размонтажа модульного компонента эндопротеза коленного сустава и отрыва собственной связки надколенника. Глубокие нагноения отмечены у 4 пациентов (3,2%). В результате ревизий ран удалось добиться купирования инфекционного процесса без удаления эндопротеза.

Выводы. Таким образом, положительная оценка результатов применения новых отечественных модульных эндопротезов тазобедренного и коленного суставов «МАТИЦИТО», в ранние и средние сроки после оперативных вмешательств, свидетельствует о перспективности их использования в данной группе больных, необходимости продолжения работ по разработке и внедрению новых конструкций.

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ДЕФЕКТАМИ СУСТАВНЫХ КОНЦОВ КОСТЕЙ, ОБРАЗУЮЩИХ КОЛЕННЫЙ СУСТАВ

Шевцов В.И., Макушин В.Д., Борзунов Д.Ю.

ФГУ «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. академика Г. А. Илизарова;
Курган, Россия

Цель. Подходы к ортопедической реабилитации онкологических больных.

Результаты. В результате неудовлетворительных исходов костной пластики и эндопротезирования у пациентов, имевших в анамнезе онкологический процесс, формируется комплекс анатомо-функциональных нарушений, включающий костный дефект, укорочение, деформации, контрактуры смежных суставов и трофические нарушения конечности. Наличие хронической инфекции также ограничивает возможности дальнейшей реабилитации пациентов. Мы располагаем опытом лечения 41 пациента с хроническими дефектами костей в области коленного сустава, сформированными после резекции опухолей. На предшествующих этапах лечения 10 пациентам, имевшим злокачественные новообразования, проведены курсы лучевой и химиотерапии. В зависимости от рентгенанатомической семиотики дефектов использованы следующие технологии чрескостного остеосинтеза: дефекты замещены с формированием дистракционного регенерата у 29 больных. У одного пациента при удлинении отломка бедренной кости использовано эластичное внутрикостное армирование спицами с остеиндуцирующим покрытием. У 10 больных пострезекционные дефекты восполнены полилокальным формированием дистракционных регенератов. У двух больных с дефектами проксимального суставного конца большеберцовой кости потерю костной ткани восполнили расщепленным фрагментом малоберцовой кости. Опороспособность конечности была восстановлена у 37 больных с созданием межсегментарного синостоза, в 4 клинических ситуациях – с формированием безболезненного неоартроза. Длина конечности уравнивается у 76% пациентов.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о возможности дальнейшей и эффективной реабилитации пациентов после неудачных оперативных вмешательств, выполненных по поводу онкологических поражений костной ткани с использованием технологий чрескостного остеосинтеза.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ КРЕСТЦА

Беляков С.В., Жуковец А.Г., Богдаев Ю.М., Касюк А.А.

ГУ РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова; г. Минск, Республика Беларусь

Цель. Изучение эффективности диагностики и результатов лечения опухолей крестца.

Материалы и методы. С 1993 по 2007 годы наблюдался 31 пациент с опухолями крестца. Мужчин было 16, женщин – 15. Средний возраст составлял 44,5 года. У 6 пациентов ели место доброкачественные опухоли (гигантоклеточная опухоль – 2, опухоль из оболочек нервов – 2, гемангиома – 1, остеохондрома – 1). Злокачественные новообразования диагностированы у 25 человек (хордома – 10, хондросаркома – 4, злокачественные нейрогенные опухоли – 3, плазмоцитома – 2, остеосаркома – 1, саркома Юинга – 1, фибросаркома – 1, злокачественная фиброзная гистиоцитома – 1, недифференцированная саркома – 1, метастаз рака легкого – 1). У 18 пациентов опухоль поражала S1S2позвонки, у 13 – S3S5позвонки. Средний объем опухолей составил 631,5 см³, при этом доброкачественных – 440,7 см³, злокачественных – 677,3 см³.

Диагностический алгоритм, с применением рентгенографии, компьютерной томографии, остеосцинтиграфии, трепанбиопсии опухоли, позволил перед началом лечения установить точный морфологический и топический диагноз.

Пациентам с доброкачественными опухолями было проведено хирургическое лечение. Из 25 больных со злокачественными опухолями химиолучевое лечение было проведено у 8, хирургические вмешательства – у 16 пациентов, при этом в послеоперационном периоде химиолучевое лечение проводилось в 2 случаях, лучевая терапия – в 8 (СОД 60 Гр). Срок наблюдения за больными составил от 1 месяца до 7,5 лет.

Результаты. Диагностическая чувствительность КТ составила 92,8%, специфичность – 33,3%. Чувствительность трепанбиопсии опухоли крестца – 86,4%, специфичность – 100%.

Рецидивы развились у 1 больного с доброкачественной опухолью и у 5 (20%) пациентов со злокачественными опухолями. Средний срок развития рецидивов составил 18,2 месяца. Отдаленные метастазы выявлены у 15 (60%) пациентов, средний срок появления метастазов – 26 месяцев.

Заключение. Все новообразования крестца требуют применения комплексной диагностики, направленной на морфологическую верификацию и тщательную оценку распространенности опухолевого процесса, поскольку опухоли этой области характеризуются разнообразием морфологических форм и, соответственно, различной тактикой лечения.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ КРЕСТЦА

Беляков С.В., Жуковец А.Г., Богдаев Ю.М., Касюк А.А.

ГУ РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова; Минск, Республика Беларусь

Цель. Изучение эффективности диагностики и результатов лечения опухолей крестца.

Материалы и методы. С 1993 по 2007 годы наблюдался 31 пациент с опухолями крестца. Мужчин было 16, женщин – 15. Средний возраст составлял 44,5 года. У 6 пациентов ели место доброкачественные опухоли (гигантоклеточная опухоль – 2, опухоль из оболочек нервов – 2, гемангиома – 1, остеохондрома – 1). Злокачественные новообразования диагностированы у 25 человек (хордома – 10, хондросаркома – 4, злокачественные нейрогенные опухоли – 3, плазмоцитомы – 2, остеосаркома – 1, саркома Юинга – 1, фибросаркома – 1, злокачественная фиброзная гистиоцитома – 1, недифференцированная саркома – 1, метастаз рака легкого – 1). У 18 пациентов опухоль поражала S1S2позвонок, у 13 – S3S5позвонок. Средний объем опухолей составил 631,5 см³, при этом доброкачественных – 440,7 см³, злокачественных – 677,3 см³.

Диагностический алгоритм, включавший применение рентгенографии, компьютерной томографии, остеосцинтиграфии, трепанбиопсии опухоли, позволил перед началом лечения установить точный морфологический и топический диагноз.

Пациентам с доброкачественными опухолями было проведено хирургическое лечение. Из 25 больных со злокачественными опухолями химиолучевое лечение было проведено у 8, хирургические вмешательства – у 16 пациентов, при этом в послеоперационном периоде химиолучевое лечение проводилось в 2 случаях, лучевая терапия – в 8 (СОД 60 Гр). Срок наблюдения за больными составил от 1 месяца до 7,5 лет.

Результаты. Диагностическая чувствительность КТ составила 92,8%, специфичность – 33,3%. Чувствительность трепанбиопсии опухоли крестца – 86,4%, специфичность – 100%.

Рецидивы развились у 1 больного с доброкачественной опухолью и у 5 (20%) пациентов со злокачественными опухолями. Средний срок развития рецидивов составил 18,2 месяца. Отдаленные метастазы выявлены у 15 (60%) пациентов, средний срок появления метастазов – 26 месяцев.

Заключение. Все новообразования крестца требуют применения комплексной диагностики, направленной на морфологическую верификацию и тщательную оценку распространенности опухолевого процесса, поскольку опухоли этой области характеризуются разнообразием морфологических форм и, соответственно, различной тактикой лечения.

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ СТАДИЙ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОРГАНОСОХРАННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Сидоренко Ю.С., Козель Ю.Ю., Нестерова Ю.А., Толмах Р.Е.

Ростовский научноисследовательский онкологический институт; Ростов-наДону, Россия

Цель. Основой комплексного лечения остеогенной саркомы является многокурсовая интенсивная полихимиотерапия и хирургическое лечение. Основополагающим направлением этапа локального контроля является использование органосохраняющих операций.

Материалы и методы. В отделении детской онкологии за период с 2001 по 2007 годы было пролечено 10 пациентов с остеогенной саркомой конечностей с использованием органосохраняющих методов лечения. Среди них: юношей – 4 (40%), девушек – 6 (60%). Средний возраст на момент постановки диагноза составил 14,5 лет. Минимальный рост среди больных – 137 см. У всех пациентов первичный опухолевый очаг был локализован в длинных трубчатых костях: дистальный метафиз бедренной кости – 7 (70%), проксимальный метадиафиз локтевой кости – 1 (10%), проксимальный метафиз с распространением на головку плечевой кости – 1 (10%), проксимальный метадиафиз большеберцовой кости – 1 (10%). В 100% наблюдений процесс сопровождался наличием мягкотканого компонента от 5 до 15 см в диаметре.

Результаты. Первым этапом лечения всем проведено 3-4 курса неoadъювантной ПХТ. Выраженный клинический эффект отмечен у 8 больных (80%), частичный клинический эффект – у 2 пациентов (20%). Вторым этапом терапии проводилось органосохраняющее хирургическое лечение. У 4 пациентов (40%) с поражением дистального метафиза бедренной кости применена дистальная резекция бедренной кости с эндопротезированием коленного сустава. При поражении локтевой кости выполнена резекция проксимальных отделов локтевой и лучевой костей, резекция локтевого сустава, артродез. У 2х больных с наименее выраженными проявлениями опухолевого процесса и выраженным клиническим эффектом от проведенной лекарственной терапии проведена резекция дистального отдела бедренной кости с использованием однополюсного эндопротезирования. При поражении б/берцовой кости произведена резекция, наложением аппарата Елизарова, с последующей аутопластикой. В одном случае выполнена проксимальная резекция плечевой кости с эндопротезированием плечевого сустава, а также у одной больной с поражением дистального отдела бедренной кости выполнена резекция с установкой временного спейсера. Третьим этапом лечения проведено 3-4 курса адъювантной ПХТ. К настоящему времени все пациенты закончили комплексную терапию. Сроки наблюдения составляют от 3 мес до 5 лет. 8 пациентов находятся в полной ремиссии. У 2х пациентов через 6-9 месяцев после окончания лечения наступила генерализация процесса с метастатическим поражением легких.

Выводы. Общая выживаемость среди больных с локализованными стадиями остеогенной саркомой с применением в комплексной терапии органосохраняющего лечения составила 80%. Общая 3х летняя выживаемость к настоящему может быть оценена у 6 пациентов, она составила 83%, в том числе безрецидивная 83%, что свидетельствует о высокой эффективности проведенного лечения.

ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ И ПЛЮСНЕВЫХ КОСТЕЙ СТОПЫ

Климовицкий В.Г., Илларионов В.В., Шпаченко Н.Н., Давыдов Д.И.
НИИ травматологии и ортопедии; Донецк, Украина

Цель. Изучить отдаленные результаты, разработанных нами органосохраняющих операций при лечении гигантоклеточных опухолей фаланг пальцев и плюсневых костей стопы.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 7 больных с гигантоклеточными опухолями фаланг пальцев и плюсневых костей стопы.

Результаты и обсуждение. Предложены способы, по которым пораженный опухолью участок кости резецируют и удаляют в пределах здоровых тканей, при этом сохраняют суставы, для чего хрящевые пластинки суставных поверхностей кости освобождают от костной основы по периметру прикрепления суставных сумок. Выделенные хрящевые пластинки оставляют на месте. Дефект кости замещают аутотрансплантатом из большеберцовой кости, который фиксируют к оставшимся на пораженном опухолью тканям. Предложенные авторами способы позволили у всех больных достигнуть хороший функциональный и анатомический результат. Рецидивов опухолевого процесса после проведенных сохраненных операций не установлено в сроки от одного до 25 лет.

Выводы. При гигантоклеточных опухолях необходимо производить сегментарную резекцию пораженного отдела кости в пределах здоровых тканей с сохранением близлежащего сустава и аутопластикой дефекта. Предложенные способы операций приводят к излечению больных без рецидивов опухоли, что подтверждается отдаленными результатами, изученными в сроки от 10 до 25 лет.

ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Чугуй Е.В., Жилицын Е.В., Алещенко И.Е.

НИИТО Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького; Донецк, Украина

Цель. Повысить эффективность хирургического лечения доброкачественных опухолевидных образований пяточной кости у детей.

Материалы и методы исследования. В нашей клинике за последние 5 лет было проведено лечение 16 детей в возрасте от 3 до 18 лет с доброкачественными опухолевидными образованиями пяточной кости: 10 мальчиков и 6 девочек. Патология была представлена костной кистой в 7 случаях и фиброзной дисплазией в 9 случаях. Диагностика новообразований носила комплексный характер: анамнез, клиническая картина, рентгенологическое исследование, реовазография, миография, теплография, КТ, биопсия, сонография. Чаще всего патология пяточной кости выявлялась как случайная находка при логическом исследовании по поводу травматических инцидентов у детей. Лечение всех пациентов проводилось по общепризнанной методике заключающейся в сегментарной резекции пораженной области с замещением дефекта костной ткани. У 3 детей дефект пяточной кости был замещен аутотрансплантатом из большеберцовой кости. В связи с небольшим размером участка поражения (до 8 мм) кости 4 детям была выполнена пристеночная резекция без пластики послеоперационного дефекта. У 9 детей дефект пяточной кости был замещен биоимплантатами «Тугопласт». В отличие от аутопластических замещений костной ткани выбор данного материала является менее травматичным и наиболее щадящим в детской практике.

Результаты исследования. На месте соединения кость-трансплантат уже через 2 месяца появлялось периостальное сращение (рентгенологически). Выраженные признаки перестройки трансплантата были отмечены через 5-6 месяцев. Полная перестройка костной структуры наблюдалась в среднем через 12 месяцев. Рост пяточной кости у детей после оперативного вмешательства продолжался с той же интенсивностью, как и здоровой. Достоверных отличий в сроках перестройки аутотрансплантата и аллотрансплантата нами отмечено не было.

Выводы. Применение аллотрансплантата Тугопласт по сравнению с другими видами пластического замещения дефектов пяточной кости позволяет не регламентировать величину удаляемого костного участка и обеспечивает полное восстановление анатомической формы пораженного сегмента.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ХОНДРОСАРКОМ

Берченко Г.Н., Шугаева О.Б.

ФГУ ЦИТО им. Н.Н. Приорова; Москва, Россия

Цель. Выявить клинко-морфологические особенности высокодифференцированных хондросарком – хондросарком I и II степени анаплазии.

Материалы и методы. Проанализирован биопсийный и операционный материал больных с диагнозом высокодифференцированная хондросаркома, оперированных в отделениях ФГУ ЦИТО им. Н.Н. Приорова, а также консультационные случаи за период с 1986 по 2006 гг.

Результаты. Анализ клинко-анатомических данных показал, что из всех 375 хондросарком высокодифференцированная хондросаркома диагностирована у 183 (48,8%) пациентов. Наиболее часто эта хондросаркома определялась в бедренной и плечевой костях, а также в костях таза и позвоночника. Отличительные признаки высокодифференцированной хондросаркомы – сливающиеся узлы или массы гиалино-миксоидного хряща, разделённого полосами фиброзной ткани; массы хряща пронизывают костный мозг, замещая его полностью и захватывая предшествующие костные trabeculae, подвергаясь опухолевой резорбции.

Заключение. Диагностика высокодифференцированной хондросаркомы является одним из сложнейших вопросов в костной онкологии и требует тесного сотрудничества между патологоанатомами, специалистами лучевой диагностики и хирургами-ортопедами.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОСТЕЙ

Василенко И.Н., Бахмутский Н.Г., Лебедь Е.В.

ГУЗ «Клинический онкологический диспансер» департамента здравоохранения Краснодарского края, кафедра онкологии с курсом торакальной хирургии ФПК и ППС КГМУ; Краснодар, Россия

Цель. Изучение эффективности паллиативного лучевого лечения больных с метастатическим поражением опорно-двигательного аппарата. За период с 2004г. по 2007г. с целью купирования тяжёлого болевого синдрома в общем радиологическом отделении проведено лучевое лечение 93 больным с метастазами в кости, с морфологически верифицированными первичными опухолями различных локализаций, среди них больных раком молочной железы было 38, лёгкого – 9, почки – 15, простаты – 20, щитовидной железы – 11. Локализация метастазов: в позвоночник – отмечены в 39 наблюдениях, в кости таза – в 32, в кости конечностей – в 15. Одиночное поражение костей имело место у 56 больных, множественное – у 37.

Выбор метода лучевой терапии осуществляли с учётом типа первичной опухоли, её локализации, состояния и прогнозируемой продолжительности жизни больных. Облучение проводили ежедневно по 2 Гр до СОД 40 – 46 Гр (ВДФ – 66 и 76 Ед) или по 4 – 5 Гр до СОД 20 – 25 Гр (ВДФ – 48 и 54 Ед), что соответствовало СОД – 30 и 32 Гр классического фракционирования. Однократное облучение проводили по 8 Гр (ВДФ – 36,5 Ед), что соответствовало СОД – 30 Гр классического фракционирования и по 12 Гр (ВДФ – 68 Ед), что соответствовало СОД – 42 Гр классического фракционирования. Уменьшение интенсивности болевого синдрома было достигнуто у 80% больных, восстановление физической активности – у 75%. У 10% больных отмечено незначительное уменьшение болей и у 10% – эффект от лечения отсутствовал.

Установлена зависимость сроков наступления противоболевого эффекта от методов облучения. Так при РОД2 Гр у 35% больных ожидаемый эффект наступал медленно при дозе 24-32 Гр, но оказался более стойким в течение одного года и более. При применении укрупненных фракций (РОД 4-5 Гр) у 62% больных отмечали уменьшение болей в ранние сроки, уже через 3-5 сеансов лучевого лечения, однако эффект оказался менее стойким и через 6-8 месяцев примерно у 50% пациентов боли восстановились. При обзорной рентгенографии через 6-7 месяцев у 40% больных выявлено уменьшение размеров патологических очагов, склерозирование костей в зоне деструкции.

Кроме этого заслуживают внимания результаты лечения больных однократным облучением с разовой очаговой дозой 8 – 10 – 12Гр. Этим методом за три года в отделении пролечено 38 больных с одиночными поражениями костей различной локализации (метастазы в позвоночник; в кости и суставы верхних и нижних конечностей). У этой категории больных уменьшения интенсивности болевого синдрома в ранний послелучевой период не отмечалось. Некоторые пациенты наблюдали усиление болей на следующий день после облучения с последующим постепенным уменьшением. Лечение проводили на фоне симптоматической и противоопухолевой терапии. Из этой группы больных у 85% через 2-4 недели отмечалось значительное уменьшение болей с постепенным нарастанием эффекта, у 70% пациентов восстановилась физическая активность. На обзорной рентгенографии, проведённой через 6-8 месяцев у 42% больных выявлено уменьшение размеров патологического очага, склерозирование кости в зоне деструкции, а у 2х больных с метастатическим поражением верхней трети плечевой кости зарегистрирована полная резорбция патологического очага. Таким образом, паллиативная лучевая терапия является эффективным методом в лечении метастатического поражения костей, который значительно уменьшает болевой синдром, а также улучшает качество жизни данной категории больных.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЁННЫХ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ (СМТ) С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ (ИОЛТ)

Зубарев А.Л., Кудрявцева Г.Т., Курильчик А.А., Стародубцев А.Л.

ГУ МРНЦ РАМН; Обнинск, Россия

Саркомы мягких тканей (СМТ) представляют собой группу относительно редких злокачественных новообразований (1-2,5% от всех злокачественных опухолей) различной гистологической структуры и локализации. В настоящее время проблемы лечения СМТ далеко не решены. Большое количество рецидивов после хирургического лечения, частое метастазирование заставляют искать новые методики лечения СМТ с использованием ИОЛТ и термохимиолучевой терапии (ТХЛТ).

Цель. Улучшение результатов лечения больных СМТ за счёт использования ИОЛТ в комплексном лечении.

Материалы и методы. Нами пролечено 82 больных СМТ, где наиболее часто встречалась синовиальная саркома (35%) и злокачественная фиброзная гистиоцитома (18%). В первую группу (n=30) вошли больные, которым проводилась только операция; во вторую (n=28) включены больные после предоперационной ТХЛТ в сочетании с операцией и ИОЛТ и в третью группу (n=24) – после предоперационной химиолучевой терапии (ХЛТ) и операции с ИОЛТ ложа опухоли. Группы по распределению пациентов по возрасту, полу, вариантам локализации и стадиям заболевания были сопоставимы (по 70% больных с III-IV стадией). Первичные СМТ в каждой группе составляли по 80-90%, рецидивные – от 10 до 20%.

Результаты пятилетней общей (ОВ), безрецидивной (БРВ) и безметастатической (БМВ) выживаемости достоверно лучше во 2 (82, 100 и 69%) и 3 (62, 83 и 55%) группах ($p < 0,01$ и $p = 0,05$; $p < 0,01$ и $p < 0,05$; $p < 0,01$ и $p = 0,01$) по сравнению с первой (25, 30 и 18%). Достоверная разница ($p < 0,01$) между 2 и 3 группами выявлена по БРВ.

Выводы. Операция с ИОЛТ ложа опухоли с предоперационной ТХЛТ позволяет достоверно улучшить показатели БРВ. Полученные нами результаты по пятилетней ОВ, БРВ и БМВ выявили явное превосходство комплексного лечения больных распространёнными СМТ с ИОЛТ ложа опухоли перед хирургическим лечением.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ САРКОМ КОСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ (ИОЛТ)

Курильчик А.А., Кудрявцева Г.Т., Мардынский Ю.С. Зубарев А.Л., Стародубцев А.Л., Хмелевская В.Н.

ГУ МРНЦ РАМН; Обнинск, Россия

Цель. Усовершенствовать программу комбинированного лечения больных с локальными и генерализованными формами сарком костей.

Материалы и методы. В клинике ГУ МРНЦ РАМН 34 больным остеогенной саркомой проведено лечение включающее нео- и адьювантные курсы полихимиотерапии (ПХТ), удаление первичной опухоли с ИОЛТ ложа опухоли (лучевому воздействию подвергалось «ложе» опухоли: мышечные массивы, фасции, опил кости, магистральные сосуды и нервы.) В большинстве случаев однократная доза ИОЛТ в исследовании составляла 10–15 Гр (до 72 изоГр стандартного курса облучения). Энергия ИОЛТ электронным пучком колебалась то 8 до 25 Мев в зависимости от глубины распространения опухолевого процесса и радикализма операции.) Дефект замещался индивидуальными эндопротезами.

В контрольной группе (37 пациентов) применялась следующая схема лечения: предоперационная лучевая гамма терапия фракциями по 6 Гр, с дневным дроблением дозы (3+3 Гр) с четырехчасовыми интервалами между фракциями три раза в неделю, до суммарной очаговой дозы 36 Гр (54 Гр классического фракционирования), нео- и адьювантные курсы ПХТ и хирургический этап – удаление опухоли с пластической реконструкцией дефекта. Анализ осложнений раннего послеоперационного периода в группах существенных различий в структуре и общем количестве местных осложнений не выявил.

Анализ частоты рецидивов показал, что при однотипном выполнении операции в течение трехлетнего срока наблюдения частота рецидивов в контрольной группе больных составила 16,2%, в то время как в группе, с применением ИОЛТ рецидивы не выявлены ни у одного больного. Таким образом, мы склонны думать о безусловном вкладе ИОЛТ в данный феномен. Комбинированный метод с применением ИОЛТ позволяет расширить показания для выполнения органосохраняющих операций у больных саркомами длинных трубчатых костей.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ САРКОМ КОСТЕЙ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЁГКИХ

*Стародубцев А.Л., Кудрявцева Г.Т., Курильчик А.А., Зубарев А.Л., Медведев В.Н., Медведев Ф.В., Рагулин Ю.А.
ГУ МРНЦ РАМН; Обнинск, Россия*

Целью исследования является улучшение результатов комбинированного лечения больных генерализованными формами сарком костей. В клинике ГУ МРНЦ РАМН проведено лечение 9 больных (возраст от 16 до 35 лет) остеогенной саркомой с метастазами в легкие без поражения других органов. Легочные метастазы на момент установления диагноза были определены у 3 больных, у 6 больных поражение легких выявлено в процессе последующего наблюдения. На первом этапе больных проводили комбинированное лечение первичного очага. При выявлении поражения легких на наиболее крупные метастазы проводили предоперационную лучевую терапию 2 раза в день через 4 часа в РОД 3Гр через день до СОД 30Гр с циторедуктивной целью, операцию выполняли через 4 недели после завершения лучевой терапии. Всего произведено 19 хирургических вмешательств, повторно оперировано 4 больных (у всех двусторонние операции). Этап хирургического вмешательства на лёгких заключался в определении метастатических очагов и их удалении хирургическим неодимовым ИАГ лазером (длина волны 1318 нм) в пределах здоровой ткани или выпариванием в случае небольшого размера (до 2х мм) и субплеврального расположения. У всех больных операция была выполнена в запланированном объеме (удалены все визуализируемые и пальпируемые очаги). Количество удалённых метастазов за одно вмешательство составляло от 1 до 30. Максимальное количество удалённых очагов у одного больного составило 62. Интраоперационных осложнений и летальных исходов не было. Наиболее частые послеоперационные осложнения – послеоперационная плевропневмония, стойкий пневмоторакс купированы консервативно в течение 14–16 суток. Сроки наблюдения с момента выявления метастазов в лёгких от 3 до 49 месяцев, более 1 года после оперативного вмешательства на легких наблюдаются 7 больных. Таким образом, прецизионная резекция неодимовым ИАГ лазером является адекватным и функционально щадящим методом хирургического лечения метастазов в легких и не сопровождается тяжелыми послеоперационными осложнениями. Возможность неоднократного проведения оперативного лечения позволит улучшить выживаемость и качество жизни больных с саркомами костей.

РЕКОНСТРУКТИВНОПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ОПОРНОДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

*Решетов И.В., Карпенко В.Ю., Кравцов С.А., Бондарев А.В.
Московский Научно-Исследовательский Онкологический институт им. П.А. Герцена Росздрава;
Москва, Россия*

Цель. Оценить возможность применения реконструктивно-пластических операций у пациентов с опухолевым поражением опорнодвигательного аппарата.

Материалы и методы. В институте с 2005 по 2007 гг. по поводу опухолей костей и мягких тканей выполнено 30 оперативных вмешательств с реконструктивно-пластическим компонентом. Из них 19 – мужчин и 11 – женщин, в возрасте от 16 до 73 лет (средний – 43года). У 21 (70%) пациентов, использовались перемещенные лоскуты, у 2 (7%) – свободная аутокость, и у 7 (23%) – свободные лоскуты с микрососудистым анастомозом. У 10 (48%) пациентов перемещенные лоскуты сочетались с дополнительными пластическими материалами (консервированная твердая мозговая оболочка, проленовая сетка и др.). Свободная пластика с микрохирургическими анастомозами у четырех (57%) пациентов осуществлена торакодорсальным лоскутом, у одного (14%) из них в сочетании с фрагментом ребра. У двух (28%) пациентов применен сальник, и у одного (14%) использована контрлатеральная малоберцовая кость с мышечной муфтой. При пластике перемещенными лоскутами использовались – торакодорсальный лоскут у 8 (39%), прямая мышца живота у 3 (14%), суральный лоскут у 3 (14%), передний бедренный лоскут у 2 (9%), порция икроножной мышцы у 2 (9%) больных, подошвенный лоскут, большая грудная мышца, торакодорсальный лоскут в сочетании с ребром по одному (5%) пациенту.

Результаты. У 26 (87%) пациентов получен хороший функциональный результат, у трех (10%) удовлетворительный, и у одного (3%) неудовлетворительный (по Eneking). Повторные вмешательства потребовались у трех (10%) пациентов. У двух (7%) в связи с тромбозом анастомоза. При этом у одного (3%) пациента восстановить кровоснабжение лоскута не удалось, в связи с чем, выполнена ампутация конечности, у второго – восстановлено адекватное кровоснабжение. У одного (3%) пациента в связи с краевым некрозом перемещенного лоскута выполнена некрэктомия.

Выводы. Широкое использование реконструктивно-пластического компонента при оперативном вмешательстве позволяет выполнить радикальное удаление опухоли с достижением хороших функциональных и косметических результатов.

выполнялась под контролем компьютерной томографии, у 6 (7%) с применением электронно-оптического преобразователя. У 76 (94%) больных манипуляция проводилась под местной анестезией, у 5 (6%) под внутривенным наркозом.

Все больные были активизированы через 6-12 часов после манипуляций. Положительная динамика болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале после ОП и ВП отмечена у 71 (88%) больного, по шкале Watkins у 67 (82%), по шкале Karnofski у 50 (62%). У 11 пациентов с диффузным болевым синдромом в области позвоночника, которым потребовалось выполнение многоуровневой ВП отмечена положительная динамика болевого синдрома и улучшения качества жизни. Осложнения в виде интерпозиции полиметилметакрилата в мягкие ткани и/или в позвоночный канал наблюдались у 10 (12%) больных. Из них клинически проявляемые осложнения - у 2 (3%) пациентов.

Чрескостные ВП и ОП - эффективные малоинвазивные методы в паллиативном лечении пациентов с опухолевым поражением костной системы, позволяющие значительно уменьшить интенсивность болевого синдрома у 88% больных, ликвидировать угрозу патологического перелома костей, повысить двигательную активность пациентов и тем самым значительно улучшить качество их жизни. Диффузный болевой синдром при метастатическом поражении костей по нашему мнению не является противопоказанием к выполнению остеопластики или вертебропластики и требует выполнение многоуровневых оперативных вмешательств.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Юндин В.И.

ГКБ № 19; Москва, Россия

Цель. Выработка оптимальных методов хирургического лечения опухолей позвоночника, вызывающих компрессию спинного мозга, определение наиболее эффективных методов фиксации позвоночника и замещения пораженных позвонков.

Материалы и методы. Прооперировано 73 больных с опухолями различной локализации, в том числе доброкачественные, первичные злокачественные и метастатические. В зависимости от уровня поражения применялись различные доступы и методы фиксации. При опухолях краниовертебральной области использовался трансоральный доступ с передним или задним окципитоспондилодезом. По нашему мнению показаниями к операции являются: наличие клиники компрессии спинного мозга и его корешков; наличие выраженного болевого синдрома, не поддающегося консервативной терапии; опасность нарушения опорной функции позвоночника (патологический перелом). При средне и нижней локализации процесса производится удаление пораженных позвонков (одного, двух и более) типичным передним доступом с замещением дефекта гомо, ауто и аллотрансплантатом. При этом, предпочтение мы отдаем аутоотрансплантату, взятому из гребня подвздошной кости. Обязательным условием мы считаем декомпрессию фиксации металлоконструкцией. При поражении шейно-грудного отдела, удаляются тела позвонков передне-боковым доступом с резекцией верхнего края рукоятки грудины, выполняется передний спондилодез аутоотрансплантатом и металлической пластиной за тела С6-D2 позвонков. При достаточной резекции грудины этот доступ дает хороший обзор и позволяет под контролем зрения выполнить корпорэктомию. Если возникает необходимость в заднем спондилодезе, у нас применяется система «Axis», позволяющая выполнить фиксацию на шейном уровне трансартикулярную, на верхнегрудном - транспедикулярную. При грудной локализации - трансторакальное удаление опухоли с замещением различного вида имплантами. По показаниям выполнялась спондилэктомию. При поясничной локализации использовался внебрюшинный доступ с передней и задней фиксацией. При поражении передних и задних отделов позвонка выполняется спондилэктомию, как правило, двухэтапная, с замещением тела удаленного позвонка, передним и задним спондилодезом.

Результаты. Задачами операции являлись: устранение компрессии спинного мозга, сохранение опорной функции позвоночника, предотвращение развития в последующем различных деформаций, улучшение качества жизни больного за счет его ранней активизации и исчезновения болевого синдрома. Улучшение в виде регресса неврологической симптоматики, снижения болевого синдрома и улучшения качества жизни больного наступило в 78%, ухудшение - в 3%, не изменилось состояние у 19% больных.

Выводы. Таким образом, по нашему мнению, тактика лечения опухолей позвоночника должна сочетать в себе следующие факторы: активную хирургическую тактику с радикальным удалением тел позвонков; обязательное замещение тела удаленного позвонка алло или аутоотрансплантатом; применение стабилизирующих металлофиксаторов; комбинированное лечение с применением в последующем лучевой и химиотерапии.

АДЕКВАТНОЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Алиев М.Д.

Московский Научно-Исследовательский Онкологический институт им. П.А. Герцена Росздрава, Российский Онкологический Научный Центр им. Н.Н.Блохина РАМН; Москва, Россия

Цель. Продемонстрировать современные возможности адекватного хирургического лечения костных метастазов длинных костей.

Материалы и методы. 97 пациентов получили оперативное лечение по поводу метастатического поражения длинных костей. Сегментарная резекция с эндопротезированием (ЭП) выполнена 32 пациентам. Погружной остеосинтез (ПО) выполнялся 29 и чрескостный остеосинтез (ЧО) применен у 36 больных.

Результаты. Интраоперационных осложнений не наблюдалось, послеоперационные осложнения составили 8%. Все пациенты были активизированы на 3-10 сутки послеоперационного периода. При ЧО консолидация перелома наступила при метастазах рака молочной железы (12), при лимфоме (4) в среднем через 152 дня. Функциональные результаты оценены у 76 выживших больных. Отличные результаты получены у 23 (31%), хорошие у 49 (57%), удовлетворительные - у 14 (18%). Показаниями для проведения хирургического лечения были:

1. При ЭП - солитарные костные метастазы; резистентность опухоли к специальной терапии; пациенты с прогнозируемой продолжительностью жизни более 6 месяцев.
2. При проведении ПО - единичные, реже множественные метастатические поражения; преимущественно диафизарная их локализация; пациенты с прогнозируемой продолжительностью жизни более 1 месяца.

3. При ЧО – временная фиксация перелома у пациентов без морфологической верификации метастаза; ожидаемая продолжительность жизни более 1 месяца; как основной метод оперативного лечения – у больных с «благоприятным» онкологическим прогнозом, когда высока вероятность консолидации перелома на фоне специального лечения (метастазы рака молочной железы, лимфома).

Выводы. У ряда пациентов, которые несколько десятилетий назад считались инкурабельными и имели крайне низкое качество жизни, настоящее время агрессивный хирургический подход является целесообразным. Оперативные методы, такие как ЭП, ПО и ЧО являются основными в лечении пациентов с метастазами в длинные кости, позволяют адекватно купировать болевой синдром, улучшить анатомо-функциональный статус и качество жизни онкологического больного.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛАЦИИ В ОНКООРТОПЕДИИ

Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Бухаров А.В.

Московский Научно-Исследовательский Онкологический институт им. П.А.Герцена Росздрава; Москва, Россия

Цель. Оценить эффективность радиочастотной термоабляции с вертебропластикой (ВП) и остеопластикой (ОП) у больных с опухолевым поражением костей скелета.

Материалы и методы. В МНИОИ им. П.А.Герцена с 2006 по 2008 гг. по поводу опухолевого поражения костей 29 пациентам выполнено 36 РЧТА, при этом 23 очага локализовались в костях таза, 10 – в позвоночнике и три – в длинных костях. У 18 больных выполнено 24 РЧТА в сочетании с последующей ВП или ОП. Двенадцать очагов у 12 пациентов подвергались только РЧТА. Одному больному выполнена РЧТА 4 костных метастазов, а 2 очагов одновременно – 4 пациентам. Средний возраст больных составил 48 лет. Из них мужчин – 18 (62%), женщин – 11 (38%). Наиболее часто РЧТА выполнялась пациентам с метастатическим раком молочной железы 9(31%) и при метастазах рака мочевого пузыря 4(14%). Доброкачественные опухоли костей (энхондрома, миоперицитомы, костная киста, остеонид-остеома) диагностированы у 4 больных (14%).

Результаты. Все больные были активизированы через 12–20 часов после операции. Положительная динамика болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале отмечена у 25 (86%) больных, по шкале Watkins 21 (72%), улучшение качества жизни по шкале Karnofski у 16 (64%). Локальный контроль прослежен у 24 пациентов, из них у 3 (12,5%) с доброкачественными опухолями – отсутствие проявлений заболевания в сроки от 3 до 18 месяцев после РЧТА. У 1 (4%) больной с метастатическим поражением – положительная динамика в виде нарастания процессов репарации в очаге и у 17 (70%) пациентов – стабилизация опухолевого процесса в сроки от 3 до 12 месяцев. У 3 (12,5%) больных возникли патологические переломы после РЧТА.

Выводы. РЧТА – малоинвазивная методика лечения пациентов с опухолевым поражением костей, позволяющая в короткие сроки уменьшить либо купировать болевой синдром у 86% больных, тем самым увеличить двигательную активность и улучшить качество жизни пациентов, и в короткие сроки начать специальное лечение при метастатическом поражении. При локализации опухолевого очага в костях несущих осевую нагрузку, для предотвращения патологического перелома РЧТА необходимо сочетать с ВП или ОП.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ ОСЛОЖНЕННЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПЕРЕЛОМОМ

ГафурАхунов М.А., Муминов Ш.М., Абдикаримов Х.Г.

Республиканский онкологический научный центр МЗ Руз; Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценить результаты лечения больных с метастатическими опухолями длинных костей осложненных патологическим переломом.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 39 больных с метастатическими поражениями длинных костей осложненных патологическим переломом. Мужчин – 26 (66,7%), женщин – 13 (33,3%), средний возраст – 47,4 года. Метастатическое поражение бедренной кости выявлено у 27 больных (69,2%), плечевой кости – 11 (28,2%) и большеберцовой кости – 1 (2,6%). В 12 (30,7%) случаях выявлен метастаз без первичновыявленного очага, в 10 (25,6%) – рака почки, в 7 (18,0%) – рака молочной железы, в 5 (12,8%) – сарком мягких тканей, в 1 (2,6%) – рака яичка, в 1 (2,6%) – меланомы хориоидеи, в 1 (2,6%) – щитовидной железы и в 2 (5,1%) – метастаз рака прямой кишки.

8 (20,5%) больным проведено хирургическое лечение, 12 (30,8%) – комбинированное, 11 (28,2%) – химиолучевое и у 8 (20,5%) – химиотерапия.

Результаты. В группе хирургического лечения всем больным произведены органосохраняющие операции. Средняя продолжительность жизни в этой группе составила – 10,0 мес.

В группе комбинированного лечения у 7 (58,3%) – произведены различные виды органосохраняющих вмешательств, у 5 (41,7 %) – калечащие операции. Во всех случаях проведена пред и послеоперационная полихимиотерапия в различных комбинациях. Средняя продолжительность жизни больных в этой группе составила – 11,1 мес.

Химиолучевое лечение проведено 11 (28,2%) больным. В этой группе больные после 26 курсов химиотерапии получали лучевую терапию. Химиотерапия в самостоятельном виде проведена 8 (20,5%) больным, 2–4 курса. Все больные группы химиолучевой и химиотерапии в течение 2х лет умерли от генерализации процесса.

Заключение. При метастатических опухолях длинных костей осложненных патологическим переломом активное хирургическое вмешательство позволяет провести органосохраняющее лечение. Комбинированное лечение не только увеличивает сроки выживаемости, но и улучшает качество жизни больных.

КЛИНИКОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТЕОИД-ОСТЕОМ И ОСТЕОБЛАСТОМ ПОВЗОНОЧНИКА

Берченко Г.Н., Шугаева О.Б., Франтов А.Р., Шавырин Д.А.

ФУН ЦИТО им. Н.Н. Приорова; Москва, Россия

Цель. Изучить клинко-морфологические особенности диагностики остеоид-остеом и остеобластом позвоночника.

Материалы и методы. Проанализирован биопсийный и операционный материал больных с диагнозами остеонид-остеома и остеобластома костей позвоночника, оперированных в отделениях ФУН ЦИТО им. Н.Н. Приорова, а также констелационные случаи за период с 1961 по 2006 гг.

Результаты. Из всех 649 остеонид-остеоид и 193 остеобластом различной локализации, в позвоночнике эти опухоли локализовались у 51 (7,86%) и 72 (37,3%) пациентов, соответственно. Остеонидостеома чаще поражает поясничной (41,17% случаев), остеобластома – шейной отдел (34,7% пациентов) позвоночника. Лечение остеонид-остеоиды и остеобластомы только хирургическое. Непосредственно перед вмешательством под контролем КТ устанавливается метка. Адекватной операцией для остеонид-остеоиды является удаление «гнезда» опухоли.

Заключение. Остеонидостеома имеет ограниченный рост, локализуется в позвоночнике в 7,86% случаев, чаще в поясничном отделе. Остеобластома является локально агрессивной опухолью, которая в 37,3% случаев определяется в костях позвоночника и чаще поражает его шейной отдел (34,7% пациентов). Дифференциальную диагностику остеонид-остеоиды и остеобластомы в первую очередь необходимо проводить с высокодифференцированной внутрикостной остеосаркомой.

ТКАНЕИНЖЕНЕРНАЯ КОНСТРУКЦИЯ НА ОСНОВЕ НАТУРАЛЬНЫХ КОРАЛЛОВ ACROPORA CERVICORNES (КАС) И АУТОЛОГИЧНЫХ МУЛЬТИПОТЕНТНЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК (ММСК) ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ПРОТЯЖЕННЫХ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Чиссов В.И., Тепляков В.В., Свиридова И.К., Сергеева Н.С., Агзамов Д.С., Франк Г.А., Козлов В.В., Кирсанова В.А., Ахмедова С.А., Мыслевцев И.В.

Московский Научно-Исследовательский Онкологический институт им. П.А.Герцена Росздрава; Москва, Россия

Цель. Исследование in vitro цитотоксичности и матриксных свойств Acropora cervicornes (кас), его биологической совместности in vivo и способности замещать костный дефект как самостоятельно так и в составе тканеинженерной конструкции (ТК).

Материалы и методы. В экспериментах in vitro на модели иммортализованных фибробластов человека (ФЧ) МТТ-методом оценены острая токсичность и матриксные свойства кас. Биосовместимость кас изучена при подкожной трансплантации его мышам. Способность кас замещать костный дефект самостоятельно и в составе ТК исследована на модели сегментарной резекции бедренной кости барана. ММСК барана выделяли из биоптата костного мозга и культивировали в пассажах для увеличения клеточной массы. Имплантацию ТК (ММСК, иммобилизованные на кас) осуществляли после резекции сегмента бедренной кости барана (2,5-3,0 см.) и фиксировали пластиной. Контролем являлся аналогичный дефект другой бедренной кости барана, замещенный коралловым имплантатом без ММСК за 2 месяца до этого.

Результаты и обсуждение. В экспериментах in vitro показано отсутствие цитотоксичности кас (через 24 часа к его поверхности прикрепились более 90 % от инициального пула ФЧ) и выраженные матриксные свойства (за 28 суток культивирования пул ФЧ увеличивался на нем в 9,0-9,5 раз), in vivo – полная биологическая совместимость кас. При рентгенологическом и морфологическом исследовании кораллового имплантата без клеток (6 месяцев после операции) установлено его практически полное замещение зрелой костной тканью. В случае использования ТК (4 месяца после операции) рентгенологическая и морфологическая картина была сходной на 2 месяца раньше.

Заключение. Экспериментальные данные об отсутствии токсичности и наличия выраженных матриксных свойств, биосовместимость, остео-кондуктивные и индуктивные потенции позволяют рассматривать кас и ТК на его основе как перспективный материал для замещения костных дефектов.

ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ГОЛОСОВОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИЙ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аванесов В.М., Решетов И.В., Голубцов А.К., Поляков А.П., Севрюков Ф.Е.

МНИОИ им. П.А.Герцена, ФГУ НКЦ оториноларингологии Росздрава; Москва, Россия

Цель исследования. Повышение эффективности реабилитации голосовой и дыхательной функций больных опухолями ЩЖ с разработкой микрохирургической методики предотвращения повреждения, сшивания и пластики возвратных нервов в случае пересечения последних.

Материалы и методы. С использованием микрохирургической техники было проведено лечение 24 пациентов, из них по поводу РЩЖ – 19 больных (папиллярный – 17 наблюдений, медуллярный – 2), узлового зоба, осложненного парезом гортани после хирургического лечения в других клиниках – 4 и первичного аденокистозного рака трахеи – 1. В 5ти наблюдениях микрохирургический невролиз возвратных нервов из рубцовых тканей был выполнен для устранения пареза голосовых связок (3 – двусторонних и 2 – односторонних) после предшествовавшего хирургического лечения. У 2х пациентов невролиз возвратного нерва из рубцовых тканей был выполнен с целью профилактики повреждения последнего во время реоперации по поводу рецидива узлового зоба. Односторонний невролиз возвратного нерва для его мобилизации от опухолевого узла был выполнен в 8 наблюдениях. Двусторонний невролиз с краевой резекцией левого возвратного нерва был выполнен один раз. Микрохирургический эпинеуральный анастомоз после резекции возвратного нерва на протяжении в связи с его прорастанием опухолью был выполнен в двух наблюдениях.

Результаты. В группе из 5 больных, оперированных с целью устранения пареза голосовых связок, в одном наблюдении с односторонним парезом удалось полностью восстановить подвижность голосовой связки. В одном случае получен отрицательный результат. У двух пациентов удалось восстановить подвижность элементов только одной половины гортани, что потребовало в дальнейшем выполнения хордэктомии на контрлатеральной стороне. В 9 наблюдениях, где невролиз выполнялся с целью мобилизации нерва от опухолевого узла, только в одном случае в послеоперационном периоде отмечено возникновение стойкого ограничения подвижности голосовой связки. Отмечено

полное восстановление подвижности элементов гортани на стороне полного пересечения нерва с немедленным выполнением микрохирургического неврального анастомоза с использованием эпиневрального шва.

Выводы. Микрохирургическая техника и оптическое увеличение для идентификации и мобилизации возвратного нерва из рубцово- или опухолево-измененных тканей с возможностью формирования микрохирургического неврального анастомоза позволяет избежать повреждения возвратного нерва. При пересечении возвратных нервов, использование современной микрохирургической техники позволяет предотвращать стойкие дыхательные и голосовые нарушения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*де'Аджелло Микеле, де'Аджелло Фабио, Кавалер Антонио, Дотторини Массимо, *Джордано Антонио, Пакседду Эфисио, Моначели Массимо, Авения Николаа*

*Региональное отделение эндокринной хирургии опухолей головы, шеи и мягких тканей, больницы Терни и Перуджи, * Отделение патологии и онкологии человека, Университет Сиены, Сиена, *Фонд Здоровья, Сполето (PG) Италия*

Цель исследования. Хирургический подход к МРЩЖ подразумевает выполнение полной тиреоидэктомии. Этот подход основан на: частоте мультифокальности и билатеральности заболевания по причине высокой вероятности возникновения контрлатеральной гиперплазии Склеток; очевидности спорадического МРЩЖ, который часто является семейным. Хирургия МРЩЖ должна всегда включать также центральную лимфодиссекцию. Рассечение лимфоузла выполняется, если будут обнаружены метастазы в лимфатический узел. При спорадическом МРЩЖ мы предпочитаем выполнять дополнительно одностороннее рассечение лимфоузла на стороне опухоли.

Результаты. Мы рекомендуем выполнять двустороннюю лимфодиссекцию, если $T > 2$ см; клинически или интраоперационно определены важные лимфатические узлы; уровень кальцитонина >500 пг/мл; имеется экстракапсулярное расширение; назначено повторное хирургическое лечение для персистирующего или рецидивирующего заболевания; в случаях с гиперпаратиреозом: при полной паратиреоидэктомии. В случае феохромоцитомы, предпочтительно выполнение адреналэктомии. В случае персистирующего заболевания или рецидива, мы выполняем традиционные методы визуализации и ядерной медицины. Так мы используем ^{99m}Tc [V] DMSA и MIBG, чтобы обнаружить феохромоцитому. В последние годы в клинической практике применяются позитронноэмиссионные радионуклиды в томографии. Наиболее часто используемый при ПЭТ радиоактивный индикатор – ^{18}F FDG, который имеет более высокую чувствительность чем просто методы КТ или ЯМР для обнаружения метастатических лимфатических узлов; ПЭТ также полезен для обнаружения поражений легких и печени. Аналоги ^{18}F ДОПА и соматостатина, меченные ^{67}Ga , типа DOTATOC и DOTANOC, были также эффективны. ^{67}Ga ДОПА представляет более низкую чувствительность, но более высокую специфичность чем другие радионуклиды. В случаях недоступности хирургического лечения используется изотоп ^{131}I MIBG.

Заключение. Профилактическое хирургическое лечение должно быть выполнено у больных с семейным МРЩЖ, кто унаследовал мутации гена RET. В этих случаях, операция должна быть выполнена с 5 летнего возраста в большинстве случаев.

ДОСТАТОЧНОСТЬ И ДОСТОВЕРНОСТЬ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Александров Ю.К., Беляков И.Е., Каталов А.Н.

Ярославская государственная медицинская академия; Ярославль, Россия

Цель исследования. Оценка предоперационной, интраоперационной и послеоперационной морфологической диагностики при ПРЩЖ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения больных с РЩЖ в отделении малоинвазивной хирургии (10 коек) за двухлетний период. Всего было прооперировано 317 больных (7% от числа первично консультированных), из них с опухолями – 158 человек (50%). Из этого числа пациенты со злокачественными опухолями составили 18% (57 человек). Подавляющее большинство составили пациенты с ПРЩЖ: T1 – 53,6%, T2 – 21,4%, T3 – 21,4%, T4 – 3,6%. Анализировались этапы морфологической диагностики: цитологической дооперационной и интраоперационной, послеоперационной гистологической с использованием методов морфометрии и иммуногистохимии.

Результаты. Предоперационная цитологическая диагностика позволила правильно установить до операции диагноз ПРЩЖ у 44 больных. Чувствительность диагностики – 78,5%, специфичность – 92,3%, точность – 89,9%. Она отличалась от данных интраоперационной морфологической диагностики (чувствительность – 85%, специфичность – 96%, точность – 97%). Самым сложным вопросом была оценка эффективности лечения и прогнозирование развития рецидива и метастазов. С учетом рекомендаций МНИОИ им. Герцена в 2007 году у 30 пациентов использовалось ПИПТК из зоны CVI collector. В качестве контроля использовались результаты лечения 26 больных ПРЩЖ в 2006 году. Из числа пациентов, оперированных в 2006 году у 2 человек (7,7%) в течение года при контрольных исследованиях были выявлены метастазы в лимфатические узлы шеи, по поводу чего им было выполнено ФФИК. При ПИПТК морфологически были выявлены микрочелюстактазы у 13 человек (43,3%), в связи с чем все они были направлены на радиойодтерапию, а 8 пациентам (26,7%) в ближайшие сроки дополнительно была выполнена ФФИК, подтвердившая поражение лимфатических узлов шеи.

Выводы. Использование морфологической верификации на всех этапах обследования и лечения является гарантом раннего выявления ПРЩЖ. Однако имеются основания расширения показаний к превентивным хирургическим операциям, позволяющим получить более достоверный материал для морфологических исследований, определяющих дальнейшую лечебную тактику.

К ВОПРОСУ ОБ АДЕНОМАХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аристархов В.Г., Донюков А.И., Пузин Д.А., Аристархов Р.В.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, ГКБ №11; Рязань, Россия

Цель исследования. Изучение количественно-качественных изменений доброкачественных опухолей ЩЖ в йоддефицитном регионе, загрязненном радионуклидами после аварии на ЧАЭС.

Материалы и методы. Была изучена динамика количества больных с аденомами ЩЖ, оперированных в отделении эндокринной хирургии МУЗ ГКБ №11 г. Рязани с 1992 по 2007 г.

Результаты. Отмечается увеличение общего количества больных с данной патологией (в 1992 г. было оперировано 116 больных, в 2007 – 345 больных, что составило до 50% от общего количества пациентов, оперированных с заболеваниями ЩЖ. Данный факт связан как с увеличением данной патологии среди популяции, так и с улучшением диагностики в условиях специализированного центра. Особо следует отметить неуклонное увеличение числа больных, оперированных по поводу множественных аденом ЩЖ. В 1992 г. эта патология составляла 10,3% от общего числа больных, оперированных по поводу аденом, а в 2007 – 34,5% ($p \leq 0,05$). Помимо этого, обращает на себя внимание наличие большого количества сочетанных заболеваний ЩЖ, особенно, сочетание аденомы с узловым коллоидным зобом и аденомы с аутоиммунным тиреоидитом. Количество больных с сочетанной патологией постоянно увеличивается. В 1992 г. они составляли 37,9% от всех больных с аденомами, а в 2007 г. – 65,8% ($p \leq 0,05$).

Выводы. Учитывая указанные выше изменения, вызывает вопрос объем оперативного вмешательства у больных с множественными аденомами и при сочетанной патологии. Что предпочесть: тиреоидэктомию и послеоперационный гипотиреоз или органосохраняющую операцию, эутиреоз и риск развития рецидива заболевания?

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Афанасьева З.А., Макарова А.В.

Казанская государственная медицинская академия, Казанский государственный медицинский университет; Казань, Россия

Цель исследования. Анализ результатов лечения РЩЖ у детей в КОД МЗ РТ с 1971 по 2007 г.

Материалы и методы. Ретроспективно по историям болезни, амбулаторным картам пациентов и данным Канцеррегистра КОД МЗ РТ проанализированы результаты радикального лечения 33 детей, больных РЩЖ.

Результаты. Папиллярный рак был у 27 (81,8%) детей, фолликулярный – у 3 (9,09%), медулярный – у 2 (6,06%), низкодифференцированный – у 1 (3,06%). Только хирургический метод лечения был применен у 22 (66,7%) детей, комбинированный с дистанционной лучевой терапией (ДЛТ) – у 6 (18,2%), с I^{131} терапией – у 3 (9,1%), с I^{131} – терапией и ДЛТ – у 2 (6,1%). У 14 (42,4%) больных была выполнена гемитиреоидэктомия, у 6 (18,2%) – субтотальная резекция щитовидной железы, у 13 (39,4%) – тотальная тиреоидэктомия. Шейная лимфаденэктомия была выполнена у 23 (69,7%) детей, при этом лечебный характер она носила у 19 (82,6%) больных, профилактический – у 4 (17,4%). Метастазы рака в легких возникли у 3 (9,1%) детей, регионарные метастазы – у 5 (15,2%). Достоверной разницы в частоте возникновения метастазов не было (критерий Z $p=0,703$). У 3 детей с метастазами рака в легкие первичная опухоль была Т4. У 3 детей с регионарными метастазами – Т4, у 2 – Т2. Из 33 детей живы 32.

Выводы. Основным методом лечения РЩЖ у детей был хирургический (66,7%), при этом у 60,6% больных операции носили органосохраняющий характер. На отдаленных сроках метастазы РЩЖ одинаково часто возникали в регионарных лимфатических узлах и легких. К группе риска по отдаленному и регионарному метастазированию относятся дети с первичной опухолью Т4. Медиана выживаемости у детей, больных РЩЖ, составила 22 года.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ СТАДИРОВАНИЕ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Борискова М.Е., Панкова П.А., Фещенко Н.С., Гинкул Л.Б., Александрова С.А.

СПбГМУ им.акад. И.П.Павлова, СанктПетербург, Россия

Цель исследования. Совершенствование хирургической тактики лечения ВДРЩЖ за счет улучшения морфологической диагностики его метастазов в регионарные лимфатические узлы для дооперационного стадирования заболевания и решения вопроса об объеме лимфодиссекции.

Материалы и методы. В исследуемую группу был включен 31 пациент с ВДРЩЖ, оперированные в клинике общей хирургии. Основными методами диагностики регионарных метастазов рака на дооперационном этапе были: ультразвуковое исследование, ТБА с цитологическим исследованием. Для уточнения диагноза у 5 пациентов было выполнено иммуноцитохимическое исследование тиреоглобулина в пунктате из лимфатических узлов. Во время операции, учитывая малую информативность срочного гистологического исследования, мы применяли экспресс-цитологическое исследование мазковотпечатков лимфатических узлов.

Результаты. На дооперационном этапе у 5 пациентов по данным ультразвукового исследования заподозрено метастатическое поражение лимфатических узлов. Однако в остальных 7 случаях при диагностировании в последующем метастазов ультразвуковая картина не имела типичных признаков. Таким образом, чувствительность УЗИ в выявлении метастазов рака щитовидной железы составила – 30%, специфичность – 94,7%, точность – 72,4%, прогностическая ценность положительного ответа – 75%, прогностическая ценность отрицательного ответа – 72%. Во всех этих случаях выполнено ТАВ лимфоузла с цитологическим исследованием. В 4 случаях, по данным цитологического исследования, диагностированы метастазы рака щитовидной железы, при иммуноцитохимическом исследовании в пунктатах выявлена экспрессия тиреоглобулина. В 1 случае экспрессия тиреоглобулина в аспирате не обнаружена, а при цитологическом исследовании диагностирована лимфома. Срочное гистологическое исследование регионарных лимфатических узлов выполнено только в трех случаях при наличии крупных измененных лимфатических узлов шеи. Во всех случаях результаты этого исследования совпали с окончательным диагнозом. В исследуемой группе нами выполнено 35 срочных цитологических исследований мазковотпечатков и соскобов различных групп регионарных лимфатических узлов при раке щитовидной железы. Плановое гистологическое исследование подтвердило заключение экспресс-цитологического метода в 32 случаях (91,4%). При выполнении срочного цитологического исследования не было ни одного случая недиагностированного метастаза РЩЖ. У 3 пациентов (8,6%) отмечена гипердиагностика метастазов РЩЖ.

Выводы. Чувствительность экспресс-цитологического метода в выявлении регионарных метастазов составила - 100%, специфичность - 86,96%, точность - 91,4%, предсказательная ценность положительного теста - 76,92%, предсказательная ценность отрицательного теста - 100%. УЗИ и ТАБ лимфатических узлов с цитологическим и иммуноцитохимическим исследованием экспрессии тиреоглобулина позволяет стадировать заболевание на дооперационном этапе. Срочное цитологическое исследование мазковотпечатков регионарных лимфатических узлов во время операции позволяет решать вопрос об объеме лимфодиссекции.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бржезовский В.Ж.

РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАН; Москва, Россия

Цель исследования. Определить оптимальный объем хирургического вмешательства на первичном опухолевом очаге при дифференцированных вариантах РЩЖ. Выявить наиболее значимые прогностические особенности этой опухоли, влияющие на отдаленные результаты лечения.

Материалы и методы. В клинике с 1965 по 1985 г. находились 386 больных папиллярным и фолликулярным РЩЖ, которым выполнены различные по объему хирургические вмешательства. Наблюдалось 155 женщин и 59 мужчин. К настоящему времени 20летняя выживаемость прослежена у 214 пациентов. Возраст пациентов колебался в пределах от 16 до 79 лет. При размерах опухоли менее 4 см проводились органосохранные операции на первичном опухолевом очаге, в остальных случаях выполнялась тиреоидэктомия. Проанализированы 10 и 20летние результаты лечения больных в зависимости от формы опухоли (мультицентрическая, интратиреоидная или экстратиреоидная), наличия или отсутствия метастазов рака в шейных лимфатических узлах.

Результаты. Органосохранные операции выполнены 142 больным с различными стадиями процесса, кроме пациентов с наличием отдаленных метастазов. Выход опухоли за пределы капсулы ЩЖ выявлен гистологически у 18 (12,7%) больных (экстратиреоидная форма), интратиреоидная форма рака диагностирована у 124 (87,3%). При дальнейшем наблюдении в сроки от 10 до 20 лет у 3 (16,6%) больных с экстратиреоидной формой опухоли выявлены рецидивы рака в проекции первичного опухолевого очага. В группе больных с интратиреоидной формой рецидивы в оставшейся части ЩЖ выявлены у 4 (3,2%) пациентов, по поводу чего произведены реоперации в объеме удаления оставшейся части щитовидной железы. Разница между показателями рецидивирования в этих группах статистически достоверна ($p < 0,05$). В группе интратиреоидной формы рака 10летняя выживаемость составила 94,3% (живы 117 из 124), 20летняя - 85,5% (106 из 124). У больных с экстратиреоидным раком эти же показатели составили соответственно 72,2% (живы 13 из 18) и 55,6% (10 из 18). Разница между показателями 10 и 20летней выживаемости между группами интра- и экстратиреоидной формы РЩЖ статистически достоверна ($p < 0,05$). Тиреоидэктомия выполнена 72 больным. У 17 больных (23,6%) опухоль распространялась за пределы капсулы щитовидной железы в окружающие мягкие ткани шеи, в некоторых случаях в трахею и/или пищевод. Рецидив рака в проекции первичного опухолевого очага в дальнейшем диагностирован у 1 из 17 пациентов (5,9%) с экстратиреоидной формой рака. В этой группе больных прослеживается та же тенденция ухудшения отдаленных результатов лечения, что и при органосохранных операциях. 10летняя выживаемость при экстратиреоидной - 70,6% (12 из 17), при интратиреоидной форме - 92,7% (51 из 55). 20летняя выживаемость соответственно 64,7% (11 из 17) и 80% (44 из 55). Анализ выживаемости больных в зависимости от наличия или отсутствия мультицентрического характера роста опухоли показал, что в группе больных с органосохранными операциями у 27 из 142 пациентов (19%) выявлено в ЩЖ более одного очага рака. Наличие мультифокального рака при этом наблюдалось как в одной доле железы (выявлено после гемитиреоидэктомии), так и в обеих долях (при субтотальной резекции). Тем не менее, это практически не отразилось на результатах лечения. В группе мультицентрического роста 10летняя выживаемость составила 88,9% (24 из 27), у больных с одним очагом - 92,2% (106 из 115), 20летняя - соответственно 81% (93 из 115) и 85,2% (24 из 27). Разница между показателями выживаемости в этих группах статистически недостоверна ($p > 0,05$). Разница между показателями выживаемости в группах больных с регионарными метастазами и без них статистически недостоверна при ограниченных размерах опухоли (T1T2). Ухудшение результатов зарегистрировано в группе с распространенным опухолевым процессом (T3T4).

Выводы. Абсолютным неблагоприятным прогностическим признаком РЩЖ является экстратиреоидная форма опухоли. При этой форме рака можно рекомендовать проведение тиреоидэктомии при любых размерах опухоли. Наличие мультицентрического характера роста новообразования, а также метастазов в регионарных лимфатических узлах при T1T2 процессах не отражается на результатах лечения этого заболевания. При небольших размерах рака (T1T2) и интратиреоидной его форме возможно выполнение органосохранных операций.

ЧАСТОТА МУТАЦИИ ГЕНА BRAF V600E (T1799A) ПРИ ПАПИЛЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СИБИРСКОМ РЕГИОНЕ РОССИИ

Буравлева Е.Ю., Малахина Е.С., Храпов Е.А., Лифшиц Г.И., Филипенко М.Л.

*Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН,
Новосибирский Государственный Университет; Новосибирск, Россия*

Цель исследования. Исследовать частоту соматической мутации гена BRAF V600E (T1799A) при папиллярной карциноме щитовидной железы.

Материалы и методы. Соматическую мутацию гена BRAF V600E (T1799A) определяли методом аллельспецифичной «real-time» ПЦР в аспиратах из узловых образований щитовидных желез пациентов, жителей г. Новосибирска (госпитальная выборка). Аспираты были получены методом тонкоигольной биопсии под контролем УЗИ. Всего обследовано 103 пациента, средний возраст 55±3 года.

Результаты. В группу сравнения включили 8 больных (7,8%) с установленным цитологическим диагнозом папиллярная карцинома. Группу контроля составили 95 человек с прочими цитологическими вариантами узлового зоба (фолликулярная опухоль - 20,4%, медуллярная карцинома - 2%, аутоиммунный тиреоидит - 9,7%, коллоидный зоб - 61,2%).

Выводы. По предварительным данным, частота соматической мутации гена BRAF V600E (T1799A) в группе сравнения составила 37,5%, в контрольной группе - 3,1%, что соответствует аналогичным показателям для европейской популяции.

РАННЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Дралле Х.

Отделение общей хирургии медицинского факультета, Университет Галле, Германия

Цель исследования. Большинство карцином щитовидной железы принадлежит дифференцированным типам фолликулярных клеток. Несмотря на широкий спектр агрессивности карцином большинство из них характеризуются благоприятным исходом после адекватного лечения. Результаты настоящего исследования сравниваются с международными рекомендациями по лечению РЩЖ, включая раннее хирургическое вмешательство. Представлены наши собственные данные – приблизительно 200 случаев РЩЖ ежегодно.

Материалы и методы. Многофакторные исследования 15 исследований с 1890 случаями РЩЖ, опубликованные с 1991 до 2007 показали, что метастазы и эндокринные нарушения были самыми важными прогностическими факторами.

Заключение. Таким образом, при «низком риске» РЩЖ (<10 мм) и ФРЩЖ (минимально инвазивным ростом) может ограничиться расширенной тиреоидэктомией без обычного рассечения лимфатического узла в отличие от рака «высокого риска» (РРЩЖ > 10 мм) и ФРЩЖ (глубоко инвазивный), который должен лечиться радикально стандартной хирургией, состоящей из полной тиреоидэктомии с обычным центральным рассечением лимфоузла.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ В ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЯХ

Дралле Х.

Отделение общей хирургии медицинского факультета, Университет Галле, Германия

Цель исследования. О первом успешном лапароскопическом удалении нейроэндокринной панкреатической опухоли (НЭПО) сообщали в 1996. В этом случае хирург использовал лапароскопическое исследование под ультразвуком для определения локализации и удаления опухоли, инсулиномы хвоста поджелудочной железы, дистальной резекции поджелудочной железы. С этого времени приблизительно 300 случаев НЭПО, удаленные лапароскопически были описаны в литературе. Однако, в настоящее время нет определенного согласия о показании для лапароскопической операции против обычнооткрытого вырезания опухоли. Данные основанные на 30 исследованиях в литературе с 1997 до 2007 г. с более чем 4 случаями на каждое исследование и наши собственные результаты с обоими типами процедур представляют определенный интерес.

Материалы и методы. Сравняя лапароскопические панкреатические резекции с обычными открытыми панкреатическими операциями можно констатировать, что частота НЭПО в лапароскопических панкреатических процедурах была относительно высока (55% неэндокринных, 45% эндокринных). Инсулиномы безусловно были ведущим показанием для лапароскопической хирургии при НЭПО. В отличие от обычных открытых резекций при НЭПО в лапароскопических процедурах большинство случаев проводили дистальную резекцию поджелудочной железы вместо энуклеации. Лапароскопическое УЗИ использовалось очень часто. Недавно мы описали наши первые случаи с быстрым определением инсулина до и после открытого или лапароскопического удаления инсулиномы как очень полезного диагностического инструмента для интраоперационного контроля успешного удаления опухоли.

Результаты. Частота трансформации от лапароскопической до обычной открытой резекции опухоли в НЭПО составила 18%, частота образования свища 16%, частота повторных операций – 7%, пребывание в стационаре 9 (3–35) дней. Интересно, что частота свищеобразования была более высока после лапароскопических чем после стандартных процедур.

Выводы. Таким образом, сравнивая частоту возникновения свища после лапароскопических и стандартных полостных операций – панкреатомией с НЭПО, делаем вывод о том, что частота осложнений в настоящее время более высока после лапароскопической резекции. Лапароскопическое удаление инсулиномы обладает преимуществом по сравнению со стандартным методом.

ВЫЖИВАЕМОСТЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ГОРТАНИ И ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Гащенко А.Д.

ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер» департамента здравоохранения Краснодарского края; Краснодар, Россия

Цель исследования. Изучить зависимость прогноза рака гортани и щитовидной железы от стадии заболевания.

Результаты. Показатель 5летней наблюдаемой выживаемости при раке щитовидной железы – один из самых высоких по сравнению с другими локализациями злокачественных новообразований – 95,7%, однако при IV стадии составляет всего 20,0%. Однолетняя выживаемость в течение рассматриваемого периода находится в пределах 97–98%. В первой стадии у мужчин наблюдаемая выживаемость колеблется в пределах 96,1–100%, у женщин за все 5 лет не ниже 99,1%. Во второй стадии сохраняется аналогичная картина – высокий процент наблюдаемой выживаемости, у женщин на 23% выше, чем у мужчин. В III и IV стадиях появляется существенная разница в показателях наблюдаемой выживаемости – в III стадии у мужчин за 5 лет – 53,8% у женщин – 76,5%, в IV стадии у мужчин 5 лет не пережил ни один наблюдаемый, у женщин – 33,3%.

Выводы. Сравнить показатели выживаемости мужчин и женщин при РЩЖ необходимо с большой осторожностью, так как число наблюдений у женщин за 5 лет составило 3 649 случаев, а у мужчин всего 417 случаев заболевания. Показатели скорректированной выживаемости больных злокачественными новообразованиями гортани выше показателей наблюдаемой выживаемости на 15–20%.

ОСОБЕННОСТИ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гащенко А.Д.

ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер» департамента здравоохранения Краснодарского края; Краснодар, Россия

Цель исследования. Проблема повторных операций при РЩЖ является одной из актуальных в настоящее время, так как число рассматриваемых оперативных вмешательств увеличивается год от года. Это связано с понятием нерадикальных и неадекватных операций.

Материалы и методы. За последние 5 лет в хирургическом отделении опухолей головы и шеи выполнена 291 повторная операция по поводу РЩЖ. Необходимость выполнения данного вида операций чаще всего была связана с недостаточной квалификацией хирургов, недостаточным уровнем цитологической диагностики. Только в 7% от всех повторных операций необходимость их выполнения возникла в случае истинных рецидивов спустя несколько лет после первой операции.

Результаты. Следует отметить, что 94,5% пациентов (все были женщины) на момент первой операции были в трудоспособном возрасте до 55 лет. Повторные операции проводились в сроки от 1,5 месяцев до 4,5 лет после первого хирургического вмешательства. Объемом второй операции являлись: тиреоидэктомия – 84%, операции на лимфоколлекторах – 16%. Во всех случаях повторного гистологического исследования результатом был РЩЖ.

Выводы. Повторные операции являются трудоемкими, что связано с техническими трудностями из-за выраженного рубцового стеноза. С другой стороны, повторные операции являются реальным шансом помочь больному избавиться от ЗНО.

К ВОПРОСУ ОБ УДАЛЕНИИ ПАРАТРАХЕАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ

Гинзбург Г.А., Гинзбург А.Г., Бузов Д.А.

Свердловский областной онкологический диспансер; Свердловск, Россия

Цель исследования. Необходимость удаления паратрахеальной клетчатки при операциях у больных с дифференцированным РЩЖ.

Материалы и методы. За 13 лет было пролечено более 2000 больных ДРЩЖ. Регионарные метастазы были выявлены у 36%. Паратрахеальная клетчатка удалена в 2011 случаях. В 1550 случаях проведено превентивное удаление и тщательное гистологическое исследование паратрахеальной клетчатки. Метастазы в лимфоузлы паратрахеальной клетчатки выявлены у 292 больных, причем в 145 случаях клетчатка макроскопически выглядела неизменной.

Результаты. Превентивное удаление паратрахеальной клетчатки позволяет выявить регионарные метастазы на доклиническом этапе. Если не ставить целью удаление паратрахеальной клетчатки и не выделять возвратный гортанный нерв, есть вероятность пропустить крупные метастатические ЛУ. Если паратрахеальная клетчатка не удалась при первой операции, то в дальнейшем при выявлении метастазов риск осложнений при работе в паратрахеальной зоне возрастает многократно.

Выводы. Вопрос о необходимости удаления и тщательного гистологического исследования паратрахеальной клетчатки должен быть обязательным. Дискутабельным остается вопрос о необходимости выполнения оперативного пособия при выявлении метастазов в паратрахеальной зоне, либо о наблюдении определенной группы больных. При инфильтративных процессах, выходящих за капсулу ЩЖ, в паратрахеальной клетчатке выявляются метастазы, тогда фасциальнофулярное иссечение клетчатки шеи абсолютно показано. В случае выявления одиночного микрометастаза в паратрахеальной клетчатке при интратиреоидном инкапсулированном процессе – за больным можно наблюдать. Операция производится только острым путем с обязательной визуализацией возвратного нерва и паращитовидных желез. Адекватность объема удаляемой паратрахеальной клетчатки зависит от квалификации хирурга и оперативное лечение РЩЖ должно проходить только в специализированных отделениях.

ОСОБЕННОСТИ НОЗОГЕОГРАФИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕГИОНЕ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ЭКОЛОГИЧЕСКИМИ УСЛОВИЯМИ

Грищенко С.В., Яковец Ю.И., Чистяков А.А., Гончар А.Г., Темниченко Д.П., Чистякова Л.В., Тригубчак Д.И., Кузнецова Л.Н., Дьячков О.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецкий областной противоопухолевый центр; Донецк, Украина

Цель исследования. Выявление особенностей распространенности РЩЖ в Донбассе.

Материалы и методы. За 15летний период (1990–2005 гг.) было проведено исследование нозогеографии злокачественных опухолей ЩЗ в зависимости от особенностей природных и антропогенных факторов окружающей среды.

Результаты. Максимальные уровни заболеваемости раком щитовидной железы регистрируются на территориях тех городов и районов Донецкой области, где население испытывает воздействие всего комплекса факторов риска данной патологии – высоких уровней загрязнения окружающей среды и продуктов питания радионуклидами, значительных концентраций химических ксенобиотиков в атмосферном воздухе, питьевой воде и почве. Полученные при математическом анализе данные полностью подтверждают результаты ранее проведенного медикокартографического исследования. Сопряженное картографирование показало, что к зонам, где действуют все факторы риска тиреоидной онкопатологии в максимальной степени их проявления относятся следующие территории области: города Донецк, Макеевка, Мариуполь, Дружковка, Доброполье, Шахтерск, Шахтерский, Володарский, Первомайский и Волновахский сельские районы. На этих территориях отмечаются самые высокие уровни заболеваемости РЩЖ (от 3,2 до 4,7 случаев на 100 000 населения).

Выводы. Комплексное медикокартографическое исследование и множественный корреляционно-регрессивный анализ позволили установить, что к ключевым факторам риска онкопатологии ЩЖ относятся: накопление искусственных и естественных радионуклидов в окружающей среде и продуктах питания, чрезмерная ксенобиотическая нагрузка на воздушный бассейн и водную среду. Установлены факторы, снижающие риск возникновения РЩЖ – регулярное потребление в достаточных количествах экологически чистых мясных продуктов, молока, яиц, рыбы, фруктов и овощей, а также сбалансированный рацион питания.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД ЛЕЧЕНИЯ ЭНДЕМИЧЕСКОГО УЗЛОВОГО ЗОБА В ТВЕРСКОМ РЕГИОНЕ

Козлов С. Е., Романовский А.В., Садов С.В.

ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, ММУ гор. больница № 4, Тверь, Россия

Цель исследования. Сформировать индивидуальный подход к оперативному лечению больных с узловыми формами эндемического зоба в зависимости от данных предоперационного исследования. Разработать алгоритм необходимого объема исследований при узловых образованиях ЩЖ.

Материалы и методы. Для определения эффективности оперативного лечения нами были изучены отдаленные результаты у 326 больных, находившихся на лечении в 1996–2001 годах. Составляли карты пространственного расположения узлов в железе, что позволяло предварительно наметить зоны, подлежащие удалению во время операции, хотя окончательное решение принимал хирург после интраоперационной ревизии ткани ЩЖ. Объем резекции ЩЖ был строго индивидуален и обоснован. Гемитиреоидэктомию с истмусэктомией считали наиболее оптимальной при мононозном зобе.

Результаты. Экстирпация ЩЖ выполнялась лишь при наличии опухоли и многоузловом зобе, при котором практически не было нормальной ткани. Послеоперационные результаты свидетельствуют о том, что чем выше радикальность, тем больше риск осложнений. После гемитиреоидэктомии и субтотальной резекции щитовидной железы регистрировали непосредственные и отдаленные результаты были лучше, чем после экстирпации органа, что диктует более взвешенный подход к выполнению данной операции. Так, после гемитиреоидэктомии различные операционные и послеоперационные осложнения имели место в 1,2%, после субтотальной резекции – в 3%, после экстирпации – в 18%.

Выводы. Уменьшение числа осложнений позволило добиться более быстрой реабилитации больных в послеоперационном периоде. После гемитиреоидэктомии состояние оценивалось как хорошее у 84% пациентов, после субтотальной резекции ЩЖ – в 63%, а после экстирпации только в 31% случаев.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Козлов С. Е., Романовский А.В., Садов С.В.

ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, ММУ гор. больница № 4; Тверь, Россия

Цель исследования. Узловые образования ЩЖ выявляются у 4% населения. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике, остается много нерешенных вопросов лечения этой патологии. Нет четких критериев, когда необходимо оперативное лечение и какой объем вмешательства на ЩЖ оптимален.

Материалы и методы. За 16 лет нами изучены результаты оперативного лечения 600 пациентов, из них 546 были с доброкачественным узловым зобом, а у 54 был обнаружен рак при гистологическом исследовании. Среди наших больных преобладали женщины, 564 человека. Возраст от 16 до 65 лет. У 350 пациентов производилась субфасциальная субтотальная резекция ЩЖ по Николаеву. Учитывая частую возможность злокачественной природы узловых образований, с 2003 года мы перешли на более радикальные операции на ЩЖ. Удаление ЩЖ проводили экстрафасциально, с предварительной раздельной перевязкой на протяжении щитовидных сосудов. Гемитиреоидэктомия с резекцией перешейки при наличии узлов в одной доле произведена у 205 пациентов, тиреоидэктомия при нахождении узлов в обеих долях – у 45 больных.

Результаты. В послеоперационном периоде отмечались следующие осложнения: повреждение возвратного нерва с дисфонией было у 4 больных после гемитиреоидэктомии и у 6 после тиреоидэктомии, временный гипопаратиреоз – у 24 пациентов после удаления всей железы. Наличие транзиторного гипотиреоза в первые месяцы после операции осложнением не считалось и постепенно купировалось подбором дозы Лтироксина. При изучении отдаленных результатов у 345 пациентов, перенесших субфасциальную резекцию ЩЖ, имелся рецидив узла. После тиреоидэктомии рецидивов пока не отмечалось. Все пациенты осматривались эндокринологом и проходили УЗИ каждые 0,5 года. Операция всегда показана при РЩЖ или подозрении на него.

Выводы. Особое место по своей опасности и неблагоприятности прогноза среди всех узловых образований ЩЖ занимает рак, на долю которого приходится до 8–10% от всех узлов, поэтому выбор тактики лечения должен в первую очередь диктоваться принципами онкостороженности. Экстрафасциальная гемитиреоидэктомия с удалением перешейки является оптимальной при поражении одной доли. Тиреоидэктомия показана при поражении обеих долей.

РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ

Письменный В.И., Галкин Р.А., Кривошеков Е.П., Осокин О.В., Письменная А.Д., Блинова В.Ю.

ГОУ ВПО «Самарский Государственный медицинский университет Росздрава»;

Самара, Россия

Цель исследования. По данным отечественной литературы и зарубежных авторов, экстрафасциальная инвазия при высокодифференцированных опухолях щитовидной железы встречается в 7–20% случаев. Сложность задач, которые необходимо решать при хирургическом лечении РРЩЖ с выходом опухоли за пределы органа, на сегодняшний день требует дальнейшего совершенствования методик и тактических приемов.

Материал и методы. За период с 1990 по 2007 г. пролечено хирургическим способом 1533 пациента со злокачественными высокодифференцированными опухолями щитовидной железы. Распространенные опухолевые процессы, соответствующие индексу Т4, выявлены у 49 (3,19%) пациентов. У оперированных больных диагностирована высокодифференцированная злокачественная опухоль: папиллярный рак, фолликулярный рак у 1476 (96,3%) пациентов. Как исключение, медулярный и недифференцированный раки, при которых выполнена расширенная и расширенно комбинированная операции, подтверждены у 3 пациентов. Возраст больных распределен в диапазоне от 49 до 81 года. Пациентам выполнены различные объемы резекции трахеи, хрящей гортани и экстирпации при распространении опухоли щитовидной железы на эти анатомические образования. Расширенные и расширенно комбинированные объемы вмешательства выполнены 5 мужчинам и 44 женщинам.

Результаты. При диагностированном поражении опухолью щитовидной железы трахеи или гортани, подтвердив распространенность процесса и используя дополнительные методы: фиброларинготрахеоскопию, рентгенографию, КТ,

УЗИ, в объем планируемой операции включалось удаление пораженных структур. У всех больных применялся не стандартный кожный разрез, так как было необходимо одновременно обеспечить адекватный доступ к опухоли и пораженным органам и создать условия для формирования плановой ларинго- или трахеостомы. При резекции хрящей гортани или трахеи с формированием стом с резецируемыми органами классическую трахеостому мы не накладывали, тем самым сохраняя интактной нижележащие отделы трахеи, что, на наш взгляд, является очень важным моментом для последующей реконструкции дефекта. Заживление у всех больных было первичным натяжением. Дыхание адекватное за счет использования сформированных стом в трахее или гортани и через естественные дыхательные пути. Необходимость использования трахеостомической трубки ограничивалась 1 сутками. В сроки от 6 до 12 месяцев проводилась реконструкция трахеи и/или гортани. Для воссоздания контура резецированных органов использовали расщепленное ауторребро, предварительно уложив его на внутреннюю, вновь сформированную выстилку и фиксируя швами к хрящам колец трахеи и/или гортани. Длина реберного трансплантата была 59,5 см. Необходимо наложение нижней трахеостомы, не контактирующей с зоной восстановления дефекта. На 7-10 сутки после фиброларингоскопической оценки состояния просвета восстановленного органа удаляли трахеостому.

Выводы. После расширеннокомбинированных и комбинированных операций по поводу распространенного рака щитовидной железы для контурной реконструкции трахеи и гортани целесообразно использовать аллорребро. Сроки наблюдения данной группы составили от 8 месяцев до 17 лет. У всех 29 пациентов с применением данной методики восстановлена функция внешнего дыхания через естественные дыхательные пути, тем самым получен хороший функциональный результат с высоким качеством жизни.

ОБЪЕМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ЭФФЕКТИВНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАЗАМИ В ЛЕГКИЕ

Подольхова Н.В., Дроздовский Б.А., Гарбузов П.И., Родичев А.А., Тимохина О.В., Иконников А.И., Гусева Т.Н., Шуринов А.Ю.

ГУ МРНЦ РАМН; Обнинск, Россия

Цель исследования. Сравнить эффективность радиоiodтерапии у больных, получивших тотальную и околототальную тиреоидэктомию. Комбинированное лечение больных ДРЩЖ с метастазами в легкие включает оперативное лечение, РИТ и гормональную терапию.

Материалы и методы. В исследование включены 115 больных с метастазами в легкие. Первую группу составили 80 пациентов, у которых после тиреоидэктомии перед введением ¹³¹I отсутствовали остатки тиреоидной ткани, при скintiграфии ЩЖ с ^{99m}Tc-перхлоратом отмечалось следовое накопление; вторую – 35 больных с интенсивным поглощением РФП в проекции щитовидной железы, из них у 24 – визуализировались остатки ткани ЩЖ при ультразвуковом исследовании.

Результаты. У 92,3% больных первой группы удалось достичь полной абляции после 1го курса РИТ, интенсивное накопление ¹³¹I в легких в большинстве случаев отмечалось при первых введениях препарата. Во 2ой группе даже после 3го курса РИТ у 3% больных абляция считалась незавершенной, терапевтически значимое накопление РФП в метастазах наблюдалось только после 2-4 введения. За 5 лет наблюдения полный положительный эффект терапии отмечался у 51% больных первой группы, у 37% – второй. Выздоровление больных первой группы в среднем наступало на 12-18 месяцев раньше. Число курсов РИТ, полученное для достижения положительного эффекта лечения, во второй группе было в 1,6 раза больше.

Выводы. Больным ДРЩЖ с метастазами в легкие первым этапом лечения рекомендовано проводить предельно тотальную тиреоидэктомию.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКОАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Привалов В.А., Еремин Р.В., Селиверстов О.В., Сергийко С.В.

Клиника общей хирургии Челябинской государственной медицинской Академии; Челябинск, Россия

Цель исследования. Проведение комплексного клинко-морфологического исследования ЗНО ЩЖ в Челябинской области. Обобщение 39летнего клинического опыта лечения РЩЖ.

Материалы и методы. За период с 1969 по 2007 г. проанализировано 26818 историй болезни и результаты патоморфологических исследований оперированных больных с различной патологией ЩЖ. Среди них было 5123 пациентов с РЩЖ. Наиболее частой гистологической формой опухоли являлась папиллярная карцинома – 66,2%, затем – фолликулярная 25,3%, медулярная – 3,7%, недифференцированная – 1,9% и плоскоклеточная 0,2% карциномы. Злокачественные лимфомы верифицированы в 2,7% всех наблюдений ЗНО ЩЖ. Распространенность опухолевого процесса у больных с карциномой ЩЖ по системе TNM: T1 стадия первичной опухоли имела место у 13,2% больных, T2 – у 50,4%, T3 – у 27,9 %, T4 – у 8,5% больных. Метастазы новообразований зарегистрированы у 11,7% пациентов.

Результаты. За последние 39 лет у жителей Челябинской области отмечается прогрессивный рост заболеваемости РЩЖ с 1,01 до 4,81 на 100 000 населения, а злокачественной лимфомой ЩЖ – с 0,03 до 0,12 на 100 тысяч населения. Показатели заболеваемости тиреоидной карциномой у населения крупных индустриальных городов области выше, чем у жителей сельской местности. Тиреоидный рак наиболее часто выявлялся у женщин в возрасте 30-50 лет, по гистологической структуре относился к высокодифференцированным формам (91,2%), что соответствовало T1 – T3 стадиям. РЩЖ в 58,8% развился в ткани «неизменной» железы, у 41,2 % – на фоне неопухолевой патологии органа (эутиреоидный зоб, аутоиммунный тиреоидит, диффузный токсический зоб).

Выводы. Различия в характеристике тиреоидного рака на фоне неопухолевой патологии и рака в «неизменной» железе обусловлены большей напряженностью иммунологических реакций у больных с комбинацией опухоли и неопухолевой патологии, а также более ранним оперативным вмешательством у этих пациентов. Метастазы карцином ЩЖ возникают на фоне угнетения иммунитета, проявлявшегося снижением интенсивности лимфоидной инфильтрации стромы опухоли и уменьшением размеров паракортикальной зоны регионарных лимфатических узлов и количества иммунокомпетентных клеток в ней.

КЛИНИКОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАЛОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рачинский С.В., Цветкова Е.В.

СПбГМА им. И.И.Мечникова, ГУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»; СанктПетербург, Россия

Цель исследования. В последнее время большое внимание отводится морфологическому значению МРЩЖ, так как до сих пор нет единого мнения о его клинико-морфологическом значении. Нет также единого подхода к лечению таких опухолей.

Материалы и методы. Были изучены данные 157 историй болезни и результаты патоморфологических исследований пациентов с РЩЖ. МРЩЖ выявлен у 53 (33,7%) больных, из них 7 мужчин и 46 женщин в возрасте от 15 до 69 лет. Размеры опухоли составили от 0,1 до 1,5 см.

Результаты. Наиболее частой гистологической формой МРЩЖ был папиллярный – 41 (77%). Из них у 13 пациентов рак возник в неизменной ЩЖ. В сочетании с узловым нетоксическим зобом МРЩЖ определялся у 23 пациентов. В сочетании с диффузным токсическим зобом – 2. На фоне аутоиммунного тиреоидита – 3. Фолликулярный МРЩЖ диагностирован в 11 (20%) случаях. Как самостоятельная форма он выявлялся у 5 пациентов. В 5 случаях МРЩЖ возник в сочетании с узловым нетоксическим зобом и с диффузно-токсическим зобом в 1 случае. Медуллярный МРЩЖ обнаружен лишь у 1 (1,7%) больного. Метастазы в регионарные лимфоузлы выявлены в 8 (14%) случаях. Из них 6 – с папиллярным раком и 2 – с фолликулярным. Удаление доли с перешейком выполнялось 22 больным, гемитиреоидэктомия с субтотальной резекцией другой доли – в 8 случаях, тиреоидэктомия – в 4, субтотальная резекция ЩЖ – 11. При поражении лимфатических узлов производилась фасциальнофулярная шейная лимфодиссекция – 8 больных. Рецидивы не обнаруживались.

Выводы. Частой формой МРЩЖ была папиллярная карцинома, которая, в свою очередь, чаще регистрировалась на фоне неопухоловой патологии органа. В большинстве случаев метастазировал папиллярный РЩЖ. 5летняя выживаемость говорит о целесообразности органосберегающих операций при МРЩЖ.

СПОСОБ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Резанцева Н.П.

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ; Северск, Россия

Цель исследования. Разработать новый метод дифференциальной диагностики новообразований ЩЖ для выбора последующей тактики хирургического лечения.

Материалы и методы. В качестве аппаратуры использовали лазерный анализатор капиллярного кровотока ЛАКК01, двухканальный, с лазерами в красной (КР) и инфракрасной (ИК) областях спектра излучения, отличающиеся глубиной проникновения сигнала. Под эндотрахеальным наркозом после обнажения ткани ЩЖ КР датчик устанавливали на участках железы в проекции узловых образований. Запись показателей проводили в течение 2 мин. без дополнительного медикаментозного и механического воздействия на ЩЖ. Поражение ЩЖ оценивали как доброкачественное, если среднее арифметическое значение показателя микроциркуляции (МЦ) находили в пределах $12,49 \pm 2,2$ пф. ед.; злокачественное поражение при значении МЦ $20,26 \pm 1,17$ пф. ед.; при МЦ равном $28,37 \pm 5,4$ пф. ед. – функциональную автономность узловых образований.

Результаты. Было обследовано 57 пациентов с узловыми образованиями ЩЖ, подтвержденными данными УЗИ, скинтиграфии ЩЖ, тонкоигольной пункционной биопсии. Средний возраст пациентов составил $47 \pm 3,4$ лет. У 26 пациентов с односторонним поражением ЩЖ и нормальным значением ТТГ интактная доля использовалась в качестве контроля исследования. При выполнении интраоперационной лазерной доплеровской флоуметрии в контрольной группе показатель МЦ составил $16,83 \pm 2,1$ пф. ед. При анализе полученных результатов было выделено 3 группы. Первая группа – 49 наблюдений – показатель МЦ составил $12,49 \pm 2,2$ пф. ед.; вторая группа – 5 наблюдений – МЦ составил – $20,26 \pm 1,17$ пф. ед.; третья группа – МЦ составил $28,37 \pm 5,4$ пф. ед. В третьей группе выраженное повышение показателя МЦ более 22 пф. ед. отмечено у 3 пациентов в области узлового образования и в интактной доле ЩЖ (у всех пациентов был гипертиреоз). Пациентам всех групп были выполнены срочные гистологические исследования во время операции. Узловой коллоидный зоб был выявлен у всех пациентов 1 группы, у пациентов 2 группы – РЩЖ, у пациентов 3 группы – аденома ЩЖ. На основании полученных данных был выполнен следующий объем оперативного лечения: гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка – 28 пациентам; субтотальная тиреоидэктомия – 11 пациентам; тиреоидэктомия – 18 пациентам.

Выводы. Таким образом, предлагаемый неинвазивный способ интраоперационной дифференциальной диагностики узловых образований ЩЖ является высокоэффективным, что позволяет дифференцировать злокачественные и доброкачественные формы, и может быть использован для уточнения объема хирургического лечения.

СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИКИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Родичев А.А., Дроздовский Б.Я., Гарбузов П.И., Паршин В.С., Романко С.И., Олейник Н.А.

ГУ МРНЦ РАМН; Обнинск, Россия

Цель исследования. Оценить качество диагностики ДРЩЖ в детском возрасте.

Материалы и методы. В период 2001–2007 гг. в МРНЦ обследованы и получили лечение 138 больных моложе 16 лет. Проанализированы анамнестические данные в 2х группах: 61 ребенок, получавший лечение в 2001–2003 гг., и 77 детей – 2004–2007 гг. Средний возраст первой группы: $13 \pm 2,4$ года, второй: $11,8 \pm 2,7$ лет.

Результаты. Наиболее часто, 23 (38%) ребенка – Gr.1 и 39 (60%) детей – Gr.2, первым симптомом заболевания служило обнаружение узла в ЩЖ, выявленного при пальпации или УЗИ. Следующее по встречаемости – увеличение шейных ЛУ: 18 (30%) и 17 (22%) наблюдений. Опухолевое образование поверхности шеи – у 10 (16%) и 15 (20%) детей соответственно. В первой группе почти половина детей – 28 (46%) – получала консервативное лечение левотироксином, йодидами, проводились противовоспалительная и физиотерапия. Только 20 (26%) больных второй группы лечили до установления диагноза ДРЩЖ ($p=0,02$). До установления диагноза в первой группе прошло от 2 до 69 месяцев ($9,8 \pm 4$), во второй – 1–60 ($6,24 \pm 2$), различия не столь значимы ($p=0,09$). В группе 2001–2003 гг. средний срок от первых

симптомов до установления диагноза без попыток лечения составил $8,35 \pm 3$ месяца и $13 \pm 2,8$ месяцев у больных, получавших консервативное лечение. Во 2ой группе 2004–2007 гг. – соответственно $3,35 \pm 2$ и $13,85 \pm 8,5$ ($p=0,05$).

Выводы. Причинами поздней диагностики ДРЩЖ являются отсутствие онкологической настороженности, длительности наблюдения, попыток консервативного лечения, что приводит к прогрессированию опухоли, ухудшению общего прогноза заболевания. В последние годы ситуация радикально не изменилась, но наметилась тенденция более внимательного отношения к впервые выявляемым узловым образованиям ЩЖ и региональной лимфаденопатии.

НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ РАДИОЙОДТЕРАПИИ В ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Родичев А.А., Дроздовский Б.Я., Гарбузов П.И., Гусева Т.Н., Доброва Г.С., Подольхова Н.В., Королева С.В., Шуринов А.Ю.

Государственное учреждение Медицинский радиологический научный центр РАМН; Обнинск, Россия

Цель исследования. Показать необходимость широкого применения РИТ в ранние сроки после установления диагноза и адекватного хирургического лечения ДРЩЖ.

Материалы и методы. В период с 2001 г. по 2008 г. у 138 больных моложе $16(12,4 \pm 2)$ лет на 2 этапе лечения ДРЩЖ проведена РИТ.

Результаты. После «тиреоидэктомии», проведенной по месту жительства у 26(19%) пациентов, при УЗИ визуализировали остаточную тиреоидную ткань. Очаговое включение в проекции ложа щитовидной железы при обследовании с Tc^{99m} пертехнетатом выявили у 106 (77%) больных, а с йодом-131 после введения терапевтической активности – у 134 (97%) детей. У 19 (16%) из 120 детей с нормальной рентгенологической картиной органов грудной клетки отметили диффузноочаговое накопление радиойода в проекции легких, с последующим подтверждением метастатического поражения при компьютерной томографии. Средний срок определения «рентгеноотрицательных» метастазов составил $11,4 \pm 7$ месяцев. Метастатическое поражение легких, выявляемое при рутинной рентгенографии органов грудной клетки, отмечено у 18 (13%) детей. Средний срок проведения радиойодтерапии от установления диагноза у этих больных составил 34 ± 12 месяцев ($p=0,005$). После установления диагноза у больных без отдаленных метастазов радиойодтерапия проводилась через $13,1 \pm 6,5$ мес., против $22,1 \pm 10$ мес. с установленным вторичным поражением легких ($p=0,008$), что отражает неадекватность первичных операций, приведших к рецидивам и прогрессированию заболевания.

Выводы. «Тиреоидэктомия», проведенная в различных учреждениях, только в 3% случаев является завершённой, 28% больных обследованной группы имели метастазы в легких, только половина которых выявлена при рентгенографии.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Романчишен А.Ф.

Кафедра госпитальной хирургии с курсами онкологии и травматологии, Санкт-Петербургской Государственной педиатрической медицинской академии, Санкт-Петербургский Центр эндокринной хирургии и онкологии; СанктПетербург, Россия

Цель исследования. Оценить эффективность и результаты выполнения ЦЛАЭ при РЩЖ.

Материал и методы. В 1973–2007 гг. в клиниках Центра оперировано 22140 человек с заболеваниями ЩЖ, в том числе по поводу рака – 2913 (13,2%). В исследуемую группу включено 1145 пациентов дифференцированным РЩЖ, которым выполнена ЦЛАЭ. Женщин было 916 (80,0%), мужчин 229 (20%). Средний возраст – $48,4 \pm 2,3$ года.

Результаты. В 1973–1998 гг. ЦЛАЭ была выполнена 183 пациентам, что составило 16% от 1133 больных, оперированных по поводу РЩЖ. Вмешательство выполнялось в ходе модифицированной радикальной шейной диссекции. В 1998–2007 гг. ЦЛАЭ производилась одновременно с первичным вмешательством на ЩЖ и была выполнена еще 962 пациентам, что составило 67,7% от числа первичных операций по поводу РЩЖ. Это позволило выявить метастазы РЩЖ в 404 (42,0%) наблюдениях. В ходе второго этапа (14,9%) хирургического лечения (боковая шейная лимфаденэктомия) необходимость работать в зоне возвратных нервов отпала. Количество односторонних парезов гортани при выполнении ЦЛАЭ после 1998 г. снизилось с 1,6% до 0,26%, двусторонних параличей гортани не было. Число пациентов с послеоперационным гипопаратиреозом сохранялось на прежнем уровне (0,5%), также как и количество послеоперационных кровотечениях (0,5–0,4%). При этом в 2002–2007 гг. при выполнении ЦЛАЭ осложнений зарегистрировано не было. Количество рецидивов РЩЖ после 1998 г. снизилось с 0,5% до 0,27%, что значительно меньше, чем при операциях по поводу РЩЖ, не сопровождавшихся ЦЛАЭ (1,4%).

Выводы. Профилактическая и лечебная ЦЛАЭ под визуальным контролем возвратных гортанных нервов и околотитовидных желез предотвращает повторные операции по поводу метастазов дифференцированного РЩЖ в 6 группу лимфоузлов шеи, снижает количество повреждений нижних гортанных нервов и частоту послеоперационного гипопаратиреоза.

РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АНАПЛАСТИЧЕСКИМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Романчишен А.Ф., Залмовер Е.А., Богатиков А.А.

Кафедра госпитальной хирургии с курсом онкологии и травматологии Санкт-Петербургской Государственной педиатрической медицинской академии, Санкт-Петербургский Центр эндокринной хирургии и онкологии; СанктПетербург, Россия

Цель исследования. Оценить эффективность хирургического лечения и отдаленные результаты различных подходов в лечении больных АРЩЖ на клиническом материале.

Материалы и методы. В течение 34 лет (1973–2007 гг.) в Центре эндокринной хирургии и онкологии оперированы 2913 больных раком щитовидной железы. В 226 (7,8%) наблюдениях карцинома была анапластической. Проведен анализ эффективности хирургического лечения и его роль в комбинированной терапии больных этой патологией. Мужчин было –

39 (17,3%), женщин - 187 (82,7%), соотношение 1:4,8. Основную группу (219 человек) составили больные старше 60 лет, и только 7 больных было в возрасте до 50 лет. Средний возраст пациентов составил $70,6 \pm 0,8$ года.

Результаты. Хирургическое лечение было предпринято у 212 (96,8%) человек. В последствии 22 (10,4%) из них перенесли повторные вмешательства - трахеостомию (10 наблюдений) в раннем послеоперационном периоде перед лучевой терапией; трахеостомию и гастростомию (8 больных) в связи с нарастающим сдавлением трахеи и пищевода. Всего трахеостомия была выполнена у 132 (62,2%) человек. Лучевая терапия предпринята у 73 (33,3%) пациентов в минимальные сроки после операции (7-10 дней). Средняя выживаемость после изолированного хирургического лечения составила $3,1 \pm 0,22$ мес., а при его дополнении курсом облучения - $8,1 \pm 0,90$ мес. Наилучшие показатели выживаемости в группе больных, получивших лучевую терапию после субрадикального удаления опухолей, - $15,8 \pm 2,08$ мес. Десять человек пережило рубеж в 12 месяцев.

Выводы. Максимально полное удаление опухоли в сочетании с ранней послеоперационной лучевой терапией увеличивает выживаемость и улучшает качество жизни больных АРЩЖ.

ОБОЗНАЧЕНИЕ СТЕПЕНИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ОПУХОЛИ ДЛЯ ВЫБОРА РАЦИОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ И РЕЦИДИВНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Романчишен А.Ф., Романчишен Ф.А., Гостимский А.В.

*Кафедра госпитальной хирургии с курсами онкологии и травматологии
Санкт-Петербургской Государственной педиатрической медицинской академии,
Санкт-Петербургский Центр эндокринной хирургии и онкологии, Санкт-Петербург, Россия*

Цель исследования. Профилактика и лечение рецидивов РЩЖ - одна из самых сложных проблем для пациентов и хирургов.

Материалы и методы. В 1973-2006 гг. оперировано 2567 взрослых (1 группа) и 1964 ребенка (2 группа) папиллярным, медуллярным и фолликулярным РЩЖ. У больных 1 группы выполнено 402 повторных операции (15,7%). Во второй группе количество повторных вмешательств составило 274 (14,0%). В 1 группе мужчин было 16,2%, женщин - 83,8% (1:5.2), во второй - 39,4% и 65,1% (1:1,6) соответственно. Средний возраст больных первой группы составил $50,4 \pm 0,2$ г., второй - $13,7 \pm 0,1$. Только у 61 (2,4%) взрослого пациента предыдущая операция была выполнена в нашей клинике.

Результаты. Показаниями для повторной операции у 402 пациентов первой группы и 274 больных второй явились: второй этап хирургического лечения (в два этапа после обнаружения микрометастазов в лимфатических узлах или высокого уровня тиреоглобулина крови оперировано 144 (5,6%) и 38 (13,9%) пациентов); неадекватный объем первой операции (29 и 36 больных); рецидив РЩЖ (80 и 59 больных) и повторные метастазы в шейные лимфоузлы (149 и 179 больных). Мы предлагаем использовать отдельные символы TN для правой и левой долей ЩЖ (TNTNM), чтобы точно отражать степень распространения РЩЖ (T1N0T2N1M0), а также символ "R" (резидуальная опухоль) для определения программы послеоперационной профилактики рецидива. После удаления опухоли T1, T2, центральной лимфаденэктомии, биопсии 3, 4 группы шейных лимфоузлов с отрицательным гистологическим результатом мы предполагаем отсутствие остаточной опухоли и обозначаем это символом R0. Обнаружение микрометастазов в одном из исследованных лимфоузлов следует обозначить символом R1. В данном случае показана боковая шейная лимфаденэктомия и радиойодтерапия. Если у больного имеется опухоль T3 также можно выставлять символ R1, что определяет подобную с предыдущей ситуацией тактику. После полного удаления опухоли T4 ее клетки могут оставаться на микроскопическом уровне (R1). Если опухоль (TR2) или ее регионарные метастазы (NR2) остаются на макроскопическом уровне, мы используем символ R2. Послеоперационное лечение включает обязательную радиойодтерапию.

5 и 10летняя выживаемость 402х повторно оперированных взрослых больных, 274 детей и подростков при адекватном комбинированном лечении составила 74,1 и 99,6%, 71,1% и 93,8% соответственно.

Выводы. Хирургическое вмешательство - эффективный метод лечения рецидивов РЩЖ у взрослых и детей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНАТОМИЧЕСКОЙ ДИССЕКЦИИ СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАДИКАЛЬНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Романчишен А.Ф., Леванович В.В., Карпатский И.В.

*Кафедра госпитальной хирургии с курсом онкологии и травматологии
Санкт-Петербургской Государственной Педиатрической Медицинской академии,
Городской центр хирургии и онкологии органов эндокринной системы; Санкт-Петербург, Россия*

Цель исследования. Несмотря на обилие анатомических, анатомио-физиологических и клинических исследований, в литературе нет единого мнения относительно строения и топографии капсулы ЩЖ и ее производных.

Материалы и методы. Исследование включало анатомическую и клиническую части. В ходе первой из них было изучено 30 органокомплексов трупов обоего пола, умерших от различных, не связанных с заболеваниями ЩЖ причин в 2005-2006 гг. В рамках клинической части было прослежено 160 больных различными формами тиреоидной патологии.

Результаты. Выявлено, что фиксация доли ЩЖ к поверхности хрящей гортани и трахеи осуществлялась в 5 основных зонах:

- 1) в месте слияния капсулы и фасциального влагалища ЩЖ вдоль линии крепления грудино-щитовидной мышцы на пластинке щитовидного хряща (верхняя подвешивающая связка ЩЖ);
- 2) в месте слияния капсулы ЩЖ с фасциальным влагалищем вдоль заднего края верхнего полюса (задний фасциальный листок);
- 3) в месте нахождения плотной соединительнотканной пластинки, соединявшей заднюю поверхность доли ЩЖ с нижним краем перстневидного хряща, а в задних отделах - с краем перстнеглоточной части нижнего констриктора глотки;
- 4) в месте нахождения плотной соединительнотканной пластинки, проходившей в косом направлении по боковой поверхности трахеи, отступая 24мм кпереди от заднего ее края, крепившейся к задне-боковой поверхности доли ЩЖ - связка Берри;
- 5) в месте нахождения соединительнотканной пластинок, проходивших вдоль нижних краев первых 2-3 хрящевых колец трахеи.

Выводы. Для мобилизации верхнего полюса и получения доступа в перстнещитовидное пространство необходимо рассечение верхней подвешивающей связки в бессосудистой зоне. При рассечении заднего фасциального листка необходимо накладывать кровоостанавливающие зажимы как можно ближе и параллельно к заднему краю верхнего полюса. Связку, проходящую вдоль нижнего края перстневидного хряща, необходимо пересекать только после перевязки основных ветвей верхней щитовидной артерии, а также продольно и поперечно в районе терминальных отделов возвратного нерва. Рассечение связки Берри и прилегающих к ней поперечных соединительнотканых пластинок рекомендуется выполнять после окончательной визуализации возвратного нерва.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ

Романко С.И., Соловьева Л.П., Желонкина Н.В.

ГУ МРНЦ РАМН; Обнинск, Россия

Цель исследования. Выявление диагностической ценности метода ТАБ ЩЖ под ультразвуковым контролем в диагностике различных видов тиреоидной патологии на основании сопоставления ультразвуковых и цитологических заключений.

Материалы и методы. Проведены ультразвуковые исследования и ТАБ ЩЖ под ультразвуковым контролем 680 амбулаторным взрослым пациентам с различной тиреоидной патологией. Ультразвуковая томография выполнялась на аппарате экспертного класса. Цитологические препараты классифицировались как информативные и неинформативные. К неинформативным препаратам относили: а) неадекватные препараты (недостаточное количество клеточного материала); б) «неопределенные» препараты (не позволяющие дифференцировать доброкачественность и злокачественность изменений).

Результаты. Диагноз «узловой зоб» при ультразвуковом исследовании (УЗИ) выставлен у 376 больных, подозрение на РЩЖ – у 24 больных, фолликулярная опухоль – у 48 больных, тиреодит с узлообразованием – у 184 больных, диффузноксический зоб с узлообразованием у 24 больных, рецидив заболевания ЩЖ после оперативного лечения – у 24 больных. В группе больных с ультразвуковым диагнозом «узловой зоб» при цитологии подтверждение в 70,5%, рак ЩЖ – в 4%, фолликулярная опухоль – в 6%, тиреодит – в 2,5%. В группе больных с ультразвуковым заключением «подозрение на рак ЩЖ»: диагноз подтвержден в 75% (папиллярная карцинома), в 25% получены цитограммы оксифильной опухоли. В группе больных с подозрением на фолликулярную опухоль при эхографии диагноз при цитологии подтвержден в 40%, оксифильная опухоль выявлена в 20%. Неинформативные цитологические препараты были получены только в группе больных узловым коллоидным зобом и фолликулярной опухолью – 17% и 40% соответственно. Причем, доля неадекватных и неопределенных цитологических препаратов в этих группах была приблизительно одинаковой (62-67% – неадекватные и 33-38% – неопределенные).

Выводы. ТАБ щитовидной железы является достаточно точной и экономически эффективной методикой дифференциальной диагностики тиреоидной патологии. Один из основных недостатков ТАБ – получение «неопределенных» заключений – может быть сведен до минимума при достаточном опыте врачей и медицинского персонала.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ (ИЭМГ) ВОЗВРАТНЫХ ГОРТАННЫХ НЕРВОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Румянцев П.О., Сороковиков В.Г., Исаев П.А., Семин Г.В., Румянцева У.В., Ильин А.А., Медведев В.С.

ГУМРНЦ РАМН; Обнинск, Россия

Цель исследования. Возвратный гортанный нерв (ВГН) нередко повреждается при операциях на шее, учитывая вариабельность его прохождения и/или смещение патологическим процессом.

Материалы и методы. Для облегчения обнаружения ВГН во время операций на щитовидной железе (ЩЖ) мы применяли метод интраоперационной электромиографии (ИЭМГ) с помощью прибора Нейросайн400 (Neurosign400, компания Magstim, Великобритания). Прибор четырехканальный, оснащен графическим монитором и звуковым детектором. Электроды размещались на эндотрахеальной трубке на 1,5 см выше манжеты на протяжении 4 см. Чуть выше позиционировался референтный электрод. Стимуляция во время операции осуществлялась биполярным стимулятором сверхмалыми токами частотой 30 Гц, в диапазоне от 0,1 до 1 мВ и от 1 до 2 мА.

Результаты. В период с 2002 по 2007 гг. в клинике ГУМРНЦ РАМН с применением ИЭМГ было оперировано 357 больных. У 263 больных ИЭМГ была информативной и позволила осуществить мониторинг ВГН. Из них с диагнозом рак ЩЖ – 178, аденома – 66, ДТЗ – 3, узловой зоб – 17 больных. В 111 случаях мониторинг ВГН осуществлялось при гемитиреоидэктомии с одной стороны, в остальных 52 случаях при тиреоидэктомии с обеих сторон. Диссекция центральной клетчатки была выполнена в 151 случае (с одной стороны – у 86, с обеих сторон – у 65 больных). При использовании ИЭМГ время операции может удлиниться на 5-10 минут. В раннем послеоперационном периоде у 21 (8%) больных, оперированных с применением ИЭМГ, наблюдался односторонний парез гортани. У 17 больных спустя 6 месяцев подвижность гортани полностью восстановилась. У 4 (1,5%) больных диагностирован односторонний паралич гортани. Для сравнения мы приводим результаты послеоперационных осложнений в группе 571 больных, оперированных в это же время в Центре (куда вошли и больные с неинформативной ИЭМГ). Объемы операций в обеих группах были сопоставимы. Количество парезов гортани в этой группе составило 51 (10,8%), а количество параличей было существенно выше – 24 (4,2%).

Выводы. Результаты исследования подтверждают преимущества использования ИЭМГ при операциях на шее, позволяющие снизить частоту стойких повреждений возвратного гортанного нерва более чем в два раза.

ДИАГНОСТИКА РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Рыбачков В.В., Тевяшов А.В., Кабанов Е.Н., Россосанская Е.И.

Ярославская государственная медицинская академия; Ярославль, Россия

Цель исследования. За последние 4 года ТАБ ЩЖ под контролем УЗИ выполнена у 2582 больных. Показанием для выполнения данной манипуляции являлись выявленные в ходе ультразвукового исследования узловые образования в ЩЖ более 1,0 см в диаметре, а так же узловые образования меньшего диаметра у лиц, относящихся к группе риска.

Материалы и методы. Цитологические признаки опухоли ЩЖ были выявлены у 110 пациентов, что составило 4,3%. Доброкачественный характер узлов ЩЖ (коллоидный зоб с различной степенью пролиферации, зоб с признаками АИТ, кисты ЩЖ) был выявлен в 93,7%. Это помогло определить объем хирургического пособия у больных, направляемых на оперативное лечение. Кроме того, доброкачественный цитологический ответ позволил использовать малоинвазивные методы лечения узлового зоба. У 64 больных была проведена склеротерапия этанолом, у 27 больных – интерстициальная лазерная фотокоагуляция единичных узловых образований ЩЖ. Из числа оперированных больных рак ЩЖ был обнаружен при гистологическом исследовании у 44 больных, доброкачественные опухоли – у 74 больных. Что касается рака ЩЖ, то из 44 оперированных больных диагноз был поставлен до операции в 37 случаях (чувствительность ТАБ – 84%). У 19 больных (43,2%) диагностирован папиллярный рак, у 24 больных (54,5%) – фолликулярный рак ЩЖ. Медуллярный рак встретился у 1 больного (2,3%). Наибольшая чувствительность ТАБ – 89,5% наблюдалась при диагностике папиллярного рака ЩЖ. Правильный диагноз до операции был установлен у 17 из 19 больных. При фолликулярном раке ложно отрицательный результат ТАБ наблюдался у 5 из 24 больных (чувствительность метода 79,2%).

Результаты. По распространенности первичного очага дифференцированные формы РЩЖ распределились следующим образом. Т1 – 15 больных (34,1%), Т2 – 10 больных (22,7%), Т3 – 17 больных (38,6%), Т4 – 2 больных (4,5%). У 6 больных имелись метастазы в регионарные шейные лимфоузлы. Ранняя диагностика РЩЖ (Т1, Т2 – 56,8%) позволила выполнить органосохраняющие операции у 17 больных (38,6%) – экстрафасциальное удаление пораженной доли с оставлением части контрлатеральной доли. Остальным больным выполнена экстрафасциальная тиреоидэктомия с центральной лимфаденэктомией, а при наличии метастазов в шейные лимфоузлы – фасциальнофулярное удаление клетчатки шеи с одной или с обеих сторон.

Выводы. Для достижения более оптимистичных результатов необходимо объединить усилия терапевтов, эндокринологов, хирургов и онкологов. Ранняя диагностика РЩЖ возможна, поскольку это опухоль визуальной локализации, доступная осмотру и пальпации, а применение УЗИ и ТАБ позволяют вовремя заподозрить наличие опухоли у пациента.

ДИАГНОСТИКА РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Рыбачков В.В., Тевяшов А.В., Кабанов Е.Н., Россосанская Е.И.

Ярославская государственная медицинская академия; Ярославль, Россия

Цель исследования. За последние 4 года ТАБ ЩЖ под контролем УЗИ выполнена у 2582 больных. Показанием для выполнения данной манипуляции являлись выявленные в ходе ультразвукового исследования узловые образования в ЩЖ более 1,0 см в диаметре, а так же узловые образования меньшего диаметра у лиц, относящихся к группе риска.

Материалы и методы. Цитологические признаки опухоли ЩЖ были выявлены у 110 пациентов, что составило 4,3%. Доброкачественный характер узлов ЩЖ (коллоидный зоб с различной степенью пролиферации, зоб с признаками АИТ, кисты ЩЖ) был выявлен в 93,7%. Это помогло определить объем хирургического пособия у больных, направляемых на оперативное лечение. Кроме того, доброкачественный цитологический ответ позволил использовать малоинвазивные методы лечения узлового зоба. У 64 больных была проведена склеротерапия этанолом, у 27 больных – интерстициальная лазерная фотокоагуляция единичных узловых образований ЩЖ. Из числа оперированных больных рак ЩЖ был обнаружен при гистологическом исследовании у 44 больных, доброкачественные опухоли – у 74 больных. Что касается рака ЩЖ, то из 44 оперированных больных диагноз был поставлен до операции в 37 случаях (чувствительность ТАБ – 84%). У 19 больных (43,2%) диагностирован папиллярный рак, у 24 больных (54,5%) – фолликулярный рак ЩЖ. Медуллярный рак встретился у 1 больного (2,3%). Наибольшая чувствительность ТАБ – 89,5% – наблюдалась при диагностике папиллярного рака ЩЖ. Правильный диагноз до операции был установлен у 17 из 19 больных. При фолликулярном раке ложно отрицательный результат ТАБ наблюдался у 5 из 24 больных (чувствительность метода 79,2%).

Результаты. По распространенности первичного очага дифференцированные формы РЩЖ распределились следующим образом. Т1 – 15 больных (34,1%), Т2 – 10 больных (22,7%), Т3 – 17 больных (38,6%), Т4 – 2 больных (4,5%). У 6 больных имелись метастазы в регионарные шейные лимфоузлы. Ранняя диагностика РЩЖ (Т1, Т2 – 56,8%) позволила выполнить органосохраняющие операции у 17 больных (38,6%) – экстрафасциальное удаление пораженной доли с оставлением части контрлатеральной доли. Остальным больным выполнена экстрафасциальная тиреоидэктомия с центральной лимфаденэктомией, а при наличии метастазов в шейные лимфоузлы – фасциальнофулярное удаление клетчатки шеи с одной или с обеих сторон.

Выводы. Для достижения более оптимистичных результатов необходимо объединить усилия терапевтов, эндокринологов, хирургов и онкологов. Ранняя диагностика РЩЖ возможна, поскольку это опухоль визуальной локализации, доступная осмотру и пальпации, а применение УЗИ и ТАБ позволяют вовремя заподозрить наличие опухоли у пациента.

ВЫБОР ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ АДЕНОМОЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Савенок В.У., Савенок Э.В., Жукова Е.Н., Минакова Е.С., Рыжих О.В.

ВГМА им. Н.Н. Бурденко; Воронеж, Россия

Цель исследования. Исследование проводилось с целью выработать показания к объему экстрафасциальных операций при аденоме щитовидной железы.

Материалы и методы. Экстрафасциальные операции на ЩЖ выполнены 257 больным, у которых при плановом гистологическом исследовании обнаружили аденому. При одиночной аденоме или множественных узлах с поражением одной доли щитовидной железы нами выполнялась гемитиреоидэктомия с резекцией перешейки. Экстрафасциальная субтотальная резекция в нашей модификации (патент № 2147839 от 27 апреля 2000 г.) выполнялась у пациентов с аденомой в одной доле и при наличии мелких узлов в другой. При полиаденоматозах выполнялась тиреоидэктомия, а при наличии аденоматозного узла в перешейке ЩЖ железы – резекция перешейки.

Результаты. Основным видом оперативного вмешательства при аденоме ЩЖ явилась гемитиреоидэктомия – 67,3%. Основную группу составили 122 (73,9%) пациента, у которых опухолевые узлы были размером от 1 до 2,9 см. Из них, у 18 больных имелись два и более узла в данной доле ЩЖ. Показанием для гемитиреоидэктомии являлось не только

наличие опухолевых узлов в доле щитовидной железы, но и цитологическое заключение у больных с узлами менее 2,0 см, указывающее на наличие аденомы, РЩЖ или подозрения на рак, а так же длительность их существования. Субтотальная резекция ЩЖ была выполнена 45 (17,57%) больным. Тиреоидэктомия перенесли 37 (14,4%) пациентов. У 35 первично оперированных больных опухолевыми узлами были поражены и носили полиаденоматозный характер обе доли ЩЖ.

Выводы. Таким образом, при аденоме ЩЖ возможно выполнение экстрафасциальных операций, которые носят характер лечебно-диагностических вмешательств.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Савенок Э.В., Минакова Е.С., Савенок В.У., Шевчук Л.В.

ВГМА им. Н.Н. Бурденко, ГУЗ ВОКОД; Воронеж, Россия

Цель исследования. Изучена динамика заболеваемости и смертности больных РЩЖ в Воронежской области.

Материалы и методы. Исследованы медицинские карты больных, поставленных на учет в Воронежской области по поводу РЩЖ за период с 2001 по 2005 г.

Результаты. Установлено, что заболеваемость РЩЖ в Воронежской области за исследуемый период снизилась с 5,86 до 5,66 на 100000 населения. При этом максимум заболеваемости приходится на 2002 год и по области составляет – 6,83 на 100000 населения. Наиболее высокая заболеваемость в 2005 году отмечена в Борисоглебском (12,32), Острогожском (9,77), Воробьевском (9,57) и Каменском (9,30) районах. Выявляемость начальных (I-II) стадий РЩЖ по Воронежской области за последние 5 лет (2001-2005 гг.) снизилась со 124% до 121%. В 2002 году она составила 145%. Наиболее высокий уровень заболеваемости отмечен в Борисоглебском (10%) и Острогожском (6%) районах. Наблюдается уменьшение заболеваемости РЩЖ III стадии с 11% до 4%. Снизилась заболеваемость РЩЖ IV стадии с 8% до 7%. Максимум заболеваемости IV стадии приходится на 2002 и 2004 года (12%). Смертность от РЩЖ за пятилетний период по Воронежской области выросла с 0,65 до 0,85 на 100 000 населения. При этом наблюдается снижение одногодичной летальности с 6,2% до 5,7%. Такая же тенденция уменьшения одногодичной летальности отмечена и по России – с 8,1% до 7,5%.

Выводы. Таким образом, диагностика начальных стадий РЩЖ остается относительно стабильной на протяжении последних лет, а смертность от РЩЖ за тот же период увеличилась. Тем не менее, одногодичная летальность по Воронежской области ниже российских показателей.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ЭКСТРАФАЦИАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Савенок Э.В., Савенок В.У., Шевчук Л.В.

ВГМА им. Н.Н. Бурденко; Воронеж, Россия

Цель исследования. Разработать оптимальную систему медицинской реабилитации больных узловыми образованиями ЩЖ после экстрафасциальных операций.

Материалы и методы. Были обследованы 282 больных, среди них 273 женщины и 9 мужчин в возрасте от 14 до 75 лет. Всем больным были выполнены экстрафасциальные операции с последующим плановым гистологическим исследованием.

Результаты. Нами изучено качество диспансеризации и гормонотерапии у 142 пациентов. При этом оказалось, что из 87 больных РЩЖ под постоянным одновременным наблюдением у онколога и эндокринолога находилось только 20 больных (23 %). Постоянно принимали гормоны щитовидной железы 53 человека (61 %). Из 55 пациентов с доброкачественными опухолями под постоянным наблюдением эндокринолога находился 21 больной (38 %). Из 82 больных РЩЖ при УЗИ рак был диагностирован в 6 случаях (7%), а из 71 пациента с аденомой – лишь в 4 наблюдениях (6%). Основным способом верификации опухолей ЩЖ остается цитологическое исследование, которое оказалось наиболее информативным при интраоперационном исследовании соскобов из опухоли щитовидной железы и позволило диагностировать рак в 67% случаев, по сравнению с 46% при дооперационном цитологическом исследовании. У 51 больного до операции цитологический диагноз «аденома» был поставлен 25 больным (49%), а при интраоперационном цитологическом исследовании – 27 пациентам (53%). Нами изучена возможность заместительной гормонотерапии с использованием L-тироксина у 129 больных раком и доброкачественными опухолями щитовидной железы после экстрафасциальных операций.

Выводы. Полученные результаты исследования могут послужить основанием для составления комплекса мероприятий по медицинской реабилитации больных узловыми образованиями щитовидной железы после экстрафасциальных операций.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сдвижков А.М., Кожанов Л.Г., Демидов В.П., Финкельштерн М.Р., Солдатов И.В.

Онкологический клинический диспансер №1; Москва, Россия

Цель исследования. В различных хирургических стационарах при операциях по поводу рака щитовидной железы не всегда применяются онкологические принципы обследования, диагностики и лечения. Увеличение количества пациентов, поступающих для повторных операций, обуславливает актуальность этой проблемы.

Материалы и методы. За последние 10 лет под наблюдением и лечением находилось 462 больных, которым выполнялись повторные операции. Среди них было 407 женщин и 55 мужчин, от 22 до 78 лет. Анализ этих наблюдений показал, что выполнение неадекватных и нерадикальных операций было следствием:

- 1) отсутствия онкологической настороженности и особенности клинического течения рака щитовидной железы;
- 2) несоблюдения принципов полного обследования больного;
- 3) отсутствия планирования лечения консилиумом специалистов;
- 4) реализации лечения врачами, не имеющими достаточного опыта.

Результаты. Операции по поводу рака щитовидной железы должны выполняться по следующим онкологическим принципам: 1) доля, содержащая раковую опухоль, должна удаляться полностью вместе с перешейком, а в ряде случаев (при локализации в медиальных отделах доли и прилежащих отделах перешейка) и с медиальными отделами противоположной доли;

2) операции на щитовидной железе (удаление доли, перешейка или щитовидной железы) должны выполняться экстрафасциально; 3) при выявлении метастазов на шее или в передне- верхнем средостении выполняется операция на первичном очаге и регионарных путях лимфооттока. Нарушения этих принципов подразделяют операции на: 1) радикальные – опухоль выявляется в оставшейся доле щитовидной железы (354 человека – 76,6%); 2) неадекватные – отсутствует опухоль в оставшейся части доли щитовидной железы (108 человек – 23,4%). У части больных повторные операции при раке щитовидной железы выполняются при появлении истинных рецидивов опухоли через несколько лет после первой операции, а также метастазов в регионарных лимфатических узлах шеи (первичных или после операций на лимфатической системе шеи) или средостении. Среди повторных операций 462 больным были: субтотальные резекции – 254 (включая 145 операций на лимфатической системе и 83 – дополнительно лучевая терапия); тиреоидэктомия – 146 (соответственно 67, 48); ревизия – 62 (52, 16). Охарактеризовав повторные операции, остановимся на анализе эффективности повторных вмешательств в зависимости от сроков и их объема. Наиболее эффективно выполнение повторных операций по поводу остаточной опухоли (выявленной у 76,6%) в сроки до 12 месяцев. Выполняются по показаниям экстрафасциальные резекции или экстирпации органа в сроки до 12 месяцев, что позволяет избежать рецидива опухоли (при наблюдении в течение 5 лет у 85,6% больных). Таким образом, объем повторных операций на щитовидной железе увеличивается на 37,5%. При этом они выполняются в более сложных условиях, хуже переносятся больными, увеличивается риск послеоперационных осложнений. Снижение степени дифференцировки опухоли (20% наблюдений) приводит к усилению злокачественных свойств ее (метастазирование, распространение за пределы капсулы органа и т.д.), выполнению операций на лимфатической системе шеи (58,2%), проведению послеоперационной лучевой терапии (31,6% наблюдений). Увеличение сроков выполнения повторных операций с 1 года до 5 лет ухудшает 5летние результаты лечения с 85,6% до 46,5%.

Выводы. Необходимо подчеркнуть, что после всех обследований планируемая первая операция по поводу рака щитовидной железы должна быть окончательной.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМИ ФОРМАМИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Седов В.М., Хмелевская В.А.

Кафедра факультетской хирургии Санкт-Петербургского Государственного Медицинского Университета им.акад. И.П. Павлова; СанктПетербург, Россия

Цель исследования. Прослежены результаты хирургического лечения 62 больных высокодифференцированными формами РЩЖ.

Материалы и методы. Было обследовано 55 женщин (88,7%) и 7 (11,3%) мужчин. Средний возраст женщин составил 46,84±1,7 лет (от 16 лет до 78 лет), мужчин 44,4±3,1 лет (от 37 до 52 лет). Рецидивы заболевания были отмечены у 6 (9,7%) больных, смертность в наблюдаемой группе составила 7,7%, что не противоречит данным подобных исследований. Всем пациентам в отдаленные сроки наблюдения производилось УЗИ тиреоидного остатка, определение уровней ТТГ. Учитывались также данные о регулярности приема Lтироксина и ретроспективные колебания уровня ТТГ. Согласно European consensus for the management of patients with differentiated thyroid carcinoma of the follicular epithelium (2006 г.), уровень ТТГ 0,51,0 мМЕ/л может быть рекомендован для пациентов «низкого риска», остальным пациентам рекомендуемым является уровень не выше 0,1мМЕ/л.

Результаты. Уровень ТТГ выше 1,0 мМЕ/л имели 25 из 58 пациентов, что составляет 43,1% больных. Среднее значение уровня ТТГ составило 3,5 мМЕ/л (медиана 2,8 мМЕ/л). Среди больных, получающих неадекватную супрессивную терапию, 9 (36 %) пациентов имели узловые образования в тиреоидном остатке размерами от 0,5 до 0,9 см в наибольшем измерении, выявленные УЗИ, у 7 больных (28%) имелись увеличенные шейные лимфатические узлы, у 3 (10,7%) пациенток имелась кистозная дегенерация тиреоидного остатка. В группе пациентов, у которых уровень ТТГ был не более 1 мМЕ/л, узловое образование размером 5 мм было найдено у 1 пациентки (4,3%). Согласно результатам нашего исследования, у пациентов, оперированных по поводу высокодифференцированного рака щитовидной железы, уровень ТТГ более 1,0 мМЕ/л повышает вероятность появления узловых образований и кист в тиреоидном остатке по сравнению с пациентами, получающими адекватную супрессивную терапию. Уровень ТТГ в крови у пациентов, имеющих кисты, узловые образования в тиреоидном остатке, был выше, чем у больных, оперированных по поводу высокодифференцированного рака щитовидной железы, имеющих неизмененный тиреоидный остаток. Для статистической обработки данных использовался коэффициент МаннаУитни ($P < 0,05$).

Выводы. Значительное число пациентов, оперированных по поводу высокодифференцированного рака щитовидной железы, в отдаленные сроки после оперативного лечения не получают адекватной супрессивной терапии, что приводит к повышению риска появления узловых образований в тиреоидном остатке. Больные высокодифференцированным раком щитовидной железы должны получать в послеоперационном периоде достаточные для обеспечения необходимой степени супрессии дозы L-тироксина.

ЦЕЛЕСООБРАЗНА ЛИ СУБТОТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ?

Седов В.М., Хмелевская В.А.

Кафедра факультетской хирургии Санкт-Петербургского Государственного Медицинского Университета им.акад. И.П. Павлова; Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования. Сравнить отдаленные результаты лечения больных дифференцированным раком щитовидной железы в зависимости от объема оперативного лечения.

Материалы и методы. Прослежены отдаленные результаты лечения 65 больных ДРЩЖ, срок наблюдения 6,3±0,6 лет. Экстирпация щитовидной железы (ЭЩЖ) была произведена 32 пациентам, субтотальная резекция щитовидной железы (СРЩЖ) 25 пациентам, гемитиреоидэктомия (ГТЭ) 6 больным, двум пациентам были выполнены паллиативные операции. В отдаленные сроки всем больным производилось УЗИ тиреоидного остатка и определение уровня ТТГ.

Результаты. Ткань щитовидной железы визуализировалась у пациентов, перенесших ГТЭ, СРЩЖ и ЭЩЖ. Статистически достоверной разницы между объемами тиреоидного остатка у больных, перенесших СРЩЖ и ГТЭ, установлено не было (критерий Крускала-Уоллиса, Данна, $p = 0,05$). Патологических изменений в резидуальной ткани у пациентов, перенесших ГТЭ, выявлено не было. Узловое образование выявлено у 1 (3,3%) больного, имеющего в анамнезе ЭЩЖ. Среди пациентов, перенесших СРЩЖ, 12 из 25 (44%) имели патологические изменения тиреоидного остатка, что достоверно чаще, чем у больных, перенесших ЭЩЖ (критерий Фишера $p = 0,03$). Неадекватную

супрессивную терапию (уровень ТТГ выше 1 мМЕ/л) получали 40,9% пациентов, в том числе 25,8% больных с ЭЩЖ и 56% пациентов с СРЩЖ в анамнезе. Гипотиреоз (уровень ТТГ более 3,5 мМЕ/л) имела лишь одна пациентка, перенесшая СРЩЖ и имеющая узел в тиреоидном остатке.

Выводы. У пациентов с СРЩЖ в анамнезе, патологические изменения в тиреоидном остатке выявляются достоверно чаще по сравнению с больными, перенесшими ЭЩЖ. Появление узловых образований в тиреоидном остатке и его гипертрофия до размеров доли у пациентов, перенесших СРЩЖ, связано, повидимому, с функциональным перенапряжением тиреоидного остатка даже в отсутствие гипотиреоза на фоне неадекватной супрессивной терапии.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ЛАЗЕРИНДУЦИРОВАННАЯ ВНУТРИТКАНЕВАЯ ТЕРМОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Селиверстов О.В., Привалов В.А., Яровой Н.Н., Файзрахманов А.Б.

Челябинская государственная медицинская академия; Челябинск, Россия

Цель исследования. В настоящее время лечебная тактика при распространении опухоли щитовидной железы на гортань и трахею однозначно не определена. Одни авторы предлагают сохранять структуры гортани и трахеи, производя паллиативную тиреоидэктомию, а другие рекомендуют выполнять обширную резекцию опухоли единым блоком, включая частичную или тотальную ларингоэктомию и резекцию трахеи. Однако расширенные операции на щитовидной железе и воздухоносных путях не всегда возможны. В таких случаях наружное облучение шеи, терапия радиоiodом и химиопрепаратами также малоэффективны.

Материалы и методы. Нами была использована лазериндуцированная внутритканевая термотерапия (ЛИТТ) диодным лазером инфракрасного диапазона (1060 нм) для лечения 12 больных с местно распространенным РЩЖ. Под контролем УЗИ в опухолевый узел через пункционную иглу вводился световод диаметром 400 мкм. Лазерное облучение узла проводилось в импульсно-периодическом режиме (импульс/пауза – 50/100 мс) мощностью 2,7 Вт. В зависимости от размеров узлов сеансы ЛИТТ проводились многократно с интервалом 1,5 – 2 мес. Папиллярный рак имел место у 6 пациентов, фолликулярный – 1, медулярный – 3, недифференцированный – у 2 больных. После воздействия лазера в заданных режимах в ткани узла формировалась зона асептического некроза с исходом в склероз и замещением опухоли рубцовой тканью.

Результаты. Лечение оценивали по данным УЗИ и цитоморфологическим исследованиям. У больных недифференцированным раком (2) положительного эффекта не получено из-за быстрого прогрессирования заболевания. В 3 случаях удалось добиться стабилизации роста опухоли. У остальных 7 отмечено уменьшение размеров опухоли и метастазов на 40 – 70%. Длительность наблюдения за пациентами составила от нескольких месяцев (недифференцированный рак) до 7 лет. 1 больной жив свыше 5 лет, 5 лет – 3 больных, 3 года – 4. Умерло 4 больных (до 1 года – 2, в течение 12 лет – 2).

Выводы. ЛИТТ может быть использована как паллиативная методика у инкурабельных больных с местно-распространенными формами РЩЖ с целью стабилизации опухолевого роста и улучшения качества жизни пациентов.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сергеев С.А., Новожилова Е.Н., Антонова Э.А., Сергеев С.С.

Московская клиническая онкологическая больница № 62; Москва, Россия

Цель исследования. С целью определения оптимального объема хирургического вмешательства при опухолях щитовидной железы проанализированы результаты лечения у 1166 больных, оперированных в больнице с 1994 по 2007 г.

Материалы и методы. При гистологическом исследовании рак щитовидной железы был выявлен в 686 и другие злокачественные опухоли данного органа в 3 случаях. У 7 больных имело место поражение щитовидной железы при злокачественных опухолях других органов. Добракачественные опухоли железы обнаружены у 470 больных. Тиреоидэктомия произведена у 498 (42,7%), гемитиреоидэктомия у 372 (31,9%) и субтотальная резекция щитовидной железы у 229 (19,6%) больных. В остальных случаях выполнялась ревизия области щитовидной железы при повторных вмешательствах по поводу регионарных метастазов. При злокачественном поражении железы она удалена полностью у 367 человек, при этом у 138 произведено одномоментное вмешательство на зонах регионарного метастазирования (фасциальнофулярное иссечение клетчатки шеи – 74, операция Крайла – 11, удаление только паратрахеальной клетчатки – 56). В связи с распространенностью процесса 4 больным произведена ларингэктомия, 3 – резекция гортани, одной больной резекция пищевода с одномоментной пластикой фрагментом тощей кишки. Органосохраняющие операции при раке выполнены у 263 больных (гемитиреоидэктомия – 179, субтотальная резекция – 84), из них с одномоментным вмешательством на зонах регионарного метастазирования – у 54 (у 38 с удалением только паратрахеальной клетчатки).

Результаты. При анализе отдаленных результатов со сроком наблюдения до 10 лет онкологическая обоснованность данных операций подтверждена у 254 (96,7%) больных. Лишь у 9 (3,3%) человек была произведена повторная операция с удалением остатков щитовидной железы. При этом у 5 пациентов она была обусловлена появлением метастазов.

Выводы. Лечение больных с подозрением на рак щитовидной железы должно выполняться в специализированных онкологических учреждениях, где на основании современных методов обследования возможно выполнение как расширенных оперативных вмешательств (с резекцией или удалением соседних органов), так и органосохраняющих операций.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Севрюков Ф.Е., Решетов И.В., Голубцов А.К.

ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий»; Москва, Россия

Цель исследования. Изучить отдаленные результаты хирургического, комбинированного и лучевого лечения больных злокачественными опухолями щитовидной железы.

Материалы и методы. В отделении микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена проведен ретроспективный анализ 478 историй болезни больных раком щитовидной железы, получивших лечение в период с 1980 по 1986 г. включительно. Сроки наблюдения составили от 20 до 26 лет. Возраст больных от 19 до 60 лет и старше. Мужчин 121, женщин 357. Гистологическая структура опухолей: папиллярная аденокарцинома – 172, фолликулярная аденокарцинома – 247, медуллярный рак – 27, недифференцированный рак – 32. В исследование включены 3 группы пациентов. В первой группе хирургическое лечение получили 343 больных. Из них: гемитиреоидэктомия с истмусэктомией выполнена 64 больным, субтотальная резекция щитовидной железы – 85 больным, тиреоидэктомия – 96 больным, гемитиреоидэктомия с истмусэктомией и футлярно-фасциальной диссекцией лимфатических узлов и клетчатки шеи – 39 больным, субтотальная резекция щитовидной железы с футлярно-фасциальной диссекцией лимфатических узлов и клетчатки шеи – 33 больным, тиреоидэктомия с футлярно-фасциальной диссекцией лимфатических узлов и клетчатки шеи – 102 больным. Во второй группе комбинированное лечение выполнено 86 пациентам. Из них: послеоперационная лучевая терапия радиоактивным йодом проведена 17 больным, послеоперационная дистанционная лучевая терапия радиоактивным йодом проведена 18 больным. Третья группа: лучевая терапия в самостоятельном плане выполнена 29 больным: дистанционная лучевая терапия проведена 21 больному, дистанционная лучевая терапия и лучевая терапия радиоактивным йодом проведена 8 больным. Без специального лечения оставлены 20 больных. Распространенность опухоли по TNM: T1N0M0 – 48, T2N0M0 – 22, T3N0M0 – 28, T4N0M0 – 11, T1N1M0 – 10, T2N1M0 – 9, T3N1M0 – 17, T4N1M0 – 1, T1N2M0 – 3, T2N2M0 – 3, T3N2M0 – 9, T4N2M0 – 6, T1N0M1 – 2, T2N0M1 – 1, T3N0M1 – 2, T4N0M1 – 1, T0N1M0 – 3, T3N3M0 – 2, после нерадикального лечения – 300 больных.

Результаты. Все больные находились под динамическим наблюдением. Больные медуллярным и недифференцированным раком умерли в течение 3 лет от генерализации опухолевого процесса. В группе больных с хирургическим лечением живы без рецидива и метастазов 82% больных. В группе больных с комбинированным лечением живы без рецидива и метастазов 80% больных.

Выводы. При анализе отдаленных результатов достоверных различий выживаемости в хирургическом и комбинированном лечении больных раком щитовидной железы не выявлено. Методом выбора лечения рака щитовидной железы является хирургический.

МИНИИВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛИМФАДЕНОПАТИИ ПЕРЕДНЕВЕРХНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ

Севрюков Ф.Е., Решетов И.В., Голубцов А.К.

ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий»; Москва, Россия

Цель исследования. Применить методику выполнения видеоассистированной лимфодиссекции в передне-верхнем средостении при метастазах рака щитовидной железы, как альтернативу стернотомии. Проанализировать осложнения, ближайшие и отдаленные результаты.

Материалы и методы. С 2002 г. выполнено шестьдесят шесть (66) видеоассистированных хирургических вмешательств. Операция выполняется при подтвержденном раке щитовидной железы и метастазах в лимфатические узлы передне-верхнего средостения, а также при лимфаденопатии выявленной при обследовании.

После хирургического вмешательства на щитовидной железе – тиреоидэктомия, субтотальная резекция щитовидной железы, из того же доступа, через яремную вырезку, ретростернально вводится телескоп, с помощью эндоскопических инструментов производится блоковое удаление пре- и паратрахеальной клетчатки на шее с обеих сторон и в передне-верхнем средостении под видеоконтролем возвратных гортанных нервов, структур средостения, что сводит к минимуму возможные интраоперационные осложнения.

Результаты. При плановом морфологическом исследовании у 47 (71,2%) больных выявлены метастазы рака щитовидной железы: папиллярной формы у 38 больных, папиллярно-фолликулярной формы у 3 больных, медуллярной формы в 5 случаях, малодифференцированной фолликулярной формы у 1 больного. У 19 (28,2 %) пациентов метастазов рака щитовидной железы выявлено не было. Количество удаленных лимфатических узлов в среднем 8,9, максимально 26. Время операции по сравнению со стернотомией сократилось в два раза. По данным 5 летних наблюдений из 66 больных в 4 случаях выявлено прогрессирование опухолевого процесса, в 1 случае возник рецидив метастазов рака щитовидной железы, в 42 случаях при комплексном обследовании рецидива метастазов в средостении выявлено не было. Осложнений связанных с выполнением данной операции не отмечено.

Выводы. Применение видеоассистированной методики лимфодиссекции в передне-верхнем средостении при метастазах рака щитовидной железы можно считать адекватной и радикальной. Данный вид хирургического вмешательства уменьшает операционную травму по сравнению со стернотомией, и обладает лучшим косметическим эффектом.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я.

ВГМУ, кафедра факультетской хирургии; Витебск, Республика Беларусь

Цель исследования. Диагностика и лечение узловых форм зоба является в первую очередь хирургической проблемой. Особенно остро она стоит в Беларуси, что обусловлено неблагоприятным сочетанием зобной эндемии и радиационного поражения щитовидной железы. За 15 лет (1990 – 2005 гг.) постчернобыльского периода в клинике прооперированы 411 больных узловыми образованиями щитовидной железы и 70 – рецидивным зобом. Рак щитовидной железы выявлен у 53 (12,9%) больных узловыми формами и у 23 (33%) рецидивным зобом. Дооперационная дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных узловых образований представляет значительные трудности. Радионуклидное сканирование до операции применяется редко. Мы использовали это исследование только при рецидивных зобах, подозрении на наличие регионарных или отдаленных метастазов, для оценки радикальности операции при раке.

Материалы и методы. При ультразвуковом исследовании эхографические признаки малигнизации выявлены только у 45,5% больных раком. В то же время при морфологически доброкачественных узлах признаки малигнизации (т.е. ложноположительные результаты) имели место в 30,7% исследований. Эти данные свидетельствуют о достаточно низкой информативности УЗИ в дифференциальной диагностике узловых образований. Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия является реальным методом морфологической диагностики узловых образований. Частота выявления доброкачественных изменений в узлах достигала 90–92%, однако при раке щитовидной железы цитологические признаки малигнизации до операции выявлены лишь у 65% больных.

Результаты. На результат ТАПБ влияют технические особенности выполнения пункции, количество взятых для исследования проб, опыт хирурга и цитолога. Оценивать результаты ТАПБ необходимо в комплексе с данными других методов исследования. Кроме того, в диагностическом плане значение имеют повторные пункции в случае динамического наблюдения. Во время операции в обязательном порядке проводятся срочные цитологические и гистологические исследования удаленных участков железы. Проанализированы результаты интраоперационного исследования у 80 больных. У 26 (35,5%) при срочном гистологическом исследовании высказано предположение о наличии рака, однако после проводки диагноз подтверждается только у 11. С другой стороны у 6 больных после проводки выявлен фолликулярный рак, хотя при экспресс-биопсии ответы были благоприятными. Более информативным оказалось срочное интраоперационное цитологическое исследование. Из 41 исследования только у одного больного выявлен ложноположительный и у одного ложноотрицательный результат диагностики рака.

Выводы. Как видно, даже двойное интраоперационное исследование не всегда позволяет с достоверностью диагностировать малигнизацию узлов щитовидной железы. Показаниями к операции при отсутствии признаков малигнизации считаем: одиночный узел железы размером более 3 см или множественные узлы независимо от их размера. Больным выполнялись экстракапсулярные вмешательства с перевязкой сосудов на протяжении и обязательной визуализацией возвратных нервов и паращитовидных желез. Минимальный объем операции экстракапсулярная гемитиреоидэктомия с удалением перешейка и пирамидальной доли. В связи с увеличившейся частотой полинодозных форм зоба, рака, узловых форм аутоиммунного тиреоидита примерно у 60% больных произведена тиреоидэктомия. При рецидивных зобах вследствие высокой частоты малигнизации (33%) и мультицентрическим ростом опухоли (60%), как правило, выполняем тиреоидэктомию. В дальнейшем оперированным больным проводим пожизненную заместительную тиреоидную терапию под контролем уровня трийодтиронина, тироксина и тиреотропного гормона.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шукуров З.И., Юсупов Б.Ю., Абдурахимов О.Н., Хасанов А.И., Ходжаева Х.В.

Республиканский Онкологический Научный Центр; Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Улучшение результатов лечения и качества жизни больных с местнораспространенным раком щитовидной железы.

Материалы и методы. В связи с местнораспространенным опухолевым процессом 29 больным РЩЖ проведена предоперационная ДГТ в РОД=3Гр 5 раз в неделю (СОД=40 Гр) в сочетании с химиотерапией. Использовали доксорубин (в суммарной дозе 90 мг/м²) в комбинации с препаратами платины (СД=120 мг/м²).

Результаты. Непосредственная эффективность неoadъювантной терапии составила от 25% (9 больных) до 50% (20 больных), что расширяло показания к радикальной операции. В связи с неэффективностью или при отказе больных от хирургических вмешательств 5 больным продолжен паллиативный курс ДГТ до 60 Гр. Из 24 больных у 13 выполнена расширенная тиреоидэктомия с брешей резекцией мышц гортани (в 5 случаях наложена интраоперационная трахеостома), в 5 случаях резекция щитовидной железы сочеталась с операцией Крайля, циторедуктивные вмешательства выполнены у 3 больных, у 3 произведена резекция стенок трахеи и гортани, а в последующем удачно выполнена пластика трахеоларингостомы местными тканями. При гистологическом исследовании удаленных опухолей выявлены дифференцированный рак – 82,7%, анапластический в 10,3%, медулярный 3,4%, лечебный патоморфоз 3,4% случаев. Заживление послеоперационной раны без особенностей по сравнению с большими, не получавшими неoadъювантную терапию. Послеоперационные осложнения выявлялись в виде пареза гортанного нерва или недостаточности паратгормона.

Выводы. Предоперационная химиолучевая терапия МРЩЖ, расширяя показания к хирургическому лечению, улучшает результаты лечения. В случаях эффективности неoadъювантной терапии необходимо продолжить ее в послеоперационном периоде.

25ЛЕТНИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УЗЛОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шулутко А.М., Семиков В.И., Паталова А.Р., Горбачева А.В., Грязнов С.Е., Чакветадзе Н.Г.

Клиника факультетской хирургии №2 ММА имени И.М.Сеченова; Москва, Россия

Цель исследования. Проспективный анализ 25летнего хирургического лечения больных с узловыми заболеваниями ЩЖ.

Материалы и методы. С 1981 по 2005 год в клинике было оперировано 6356 больных с узловыми заболеваниями ЩЖ. Среди них было 5990 (94,2%) женщин и 366 (5,8%) мужчин в возрасте от 15 до 86 лет (52,0±13,8 лет). При гистологическом исследовании были верифицированы следующие морфологические формы узловых заболеваний: пролиферирующий коллоидный зоб (3759 – 59,1%), фолликулярная аденома (937 – 14,8%), сочетание коллоидного зоба с аденомами (1001 – 15,8%), тиреоидит Хашимото (83 – 1,3%), рак (568 – 8,9%), другие опухоли (8 – 0,1%). Дифференцированный рак диагностирован у 536 (94,4%) больных – папиллярный в 426 (75%) и фолликулярный в 110 (19,4%) случаях. Медулярный и недифференцированный рак верифицирован у 19 (3,3%) и 13 (2,3%) больных. У больных дифференцированным раком опухоли T1, T2, T3 и T4 обнаружены в 335 (62,5%), 96 (17,9%), 103 (19,2%) и 2 (0,4%) случаях, соответственно. Регионарные и отдаленные метастазы имелись во время первичной операции у 23 (4,3%) и 4 (0,8%) больных. Согласно классификации TNM I, II, III и IV стадии заболевания были у 409 (76,3%), 49 (9,1%), 70 (13,1%) и 8 (1,5%) больных, соответственно.

Результаты. Нам удалось сократить число напрасных профилактических операций, выполняемых ранее при пролиферирующем коллоидном зобе, и увеличить число операций по поводу опухолевых заболеваний. С 1981 по 2005 год удельный вес рака на фоне узловых форм зоба увеличился с 3% до 19,8%. Внедрение в практику комплекса методов УЗИ + ТАБ позволяет нам выявлять рак на ранних стадиях – непальпируемые опухоли размерами до 1 см в диаметре. В этих случаях можно избежать тиреоидэктомии и выполнять органосохраняющие операции.

Выводы. При дифференцированной опухоли, локализованной в одной доле щитовидной железы, должна быть выполнена экстрафасциальная гемитиреоидэктомия без профилактической лимфаденодиссекции. При пролиферирующем коллоидном зобе возможно выполнение операции по субфасциальной методике с сохранением части неизмененной тиреоидной паренхимы – субтотальные резекции. Неблагоприятные исходы наблюдались у больных с III и IV стадиями рака, которые наблюдались в поликлинике без применения современных диагностических методик в сроки более 5 лет с момента обнаружения узлового образования.

МЕТОДЫ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Вельшер Л.З., Решетов Д.Н., Асиновсков И.Г., Дудицкая Т.К., Матвеева С.П., Гайнединов С.М.

Кафедра онкологии и лучевой терапии Московского государственного медикостоматологического университета, Центральная клиническая больница им. Н.А. Семашко ОАО РЖД; Москва, Россия

Цель исследования. Выявление субклинических регионарных микрометастазов РЩЖ, определение корреляции между изменениями в сторожевых и прочих лимфатических узлах в зонах паратрахеального регионального лимфооттока, сравнение эффективности различных методов интраоперационного выявления сторожевых лимфатических узлов.

Материалы и методы. Исследование проведено 68 пациентам с диагнозом РЩЖ без клинически определяемых регионарных метастазов. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от методики исследования. Пациентам 1ой группы (58 человек) для проведения непрямо́й хромолимфографии за 20 минут до начала хирургического вмешательства пункционно в ткань щитовидной железы, под контролем эхолокации, в 4 точки вокруг опухолевого узла вводился синий лимфотропный краситель, всего 2,0 мл. После завершения основного этапа операции на щитовидной железе всем больным по стандартной методике центральной шейной диссекции – удалялась пре- паратрахеальная жировая клетчатка с лимфатическими узлами. В макропрепарате во всех 58 случаях (100%) определялись отдельные лимфатические узлы, окрашенные в синий цвет – сторожевые. Пациентам 2ой группы (10 человек) для проведения непрямо́й радиоизотопной лимфосцинтиграфии за 24 часа до операции в 2-3 точки (под эхографическим контролем) вводилось в общей сложности по 1,0 мл радиоактивного лимфотропного нанокolloида «Наноцисс». В ходе лимфодиссекции проводился поиск сторожевых (с наибольшими показателями радиоактивности) лимфатических узлов портативным гамма-сканером. Сторожевые ЛУ подвергались гистологическому исследованию методом серийных срезов.

Результаты. В 1ой группе у 33 (56,9%) из 58 (100%) больных метастазов в лимфатических узлах выявлено не было. У 16 (27,6%) выявлены метастазы только в сторожевых лимфатических узлах. У 8 (13,8%) метастазы определены и в сторожевых и в не сторожевых узлах. У 1 (1,7%) выявлены метастазы в не сторожевых ЛУ при их отсутствии в сторожевых ЛУ (ложноотрицательный результат). Во 2ой группе у 8 (80%) из 10 (100%) больных метастазов в ЛУ выявлено не было, у 2х (20%) – выявлены метастазы и в сторожевых и в не сторожевых ЛУ.

Выводы. Методика непрямо́й хромолимфографии является технически простой, безопасной и информативной. Методика непрямо́й радиоизотопной лимфосцинтиграфии технически более сложна, нуждается в дальнейшем совершенствовании. В большинстве случаев (98,3%), состояние сторожевого ЛУ является отражением состояния остальных ЛУ паратрахеального региона. Методы позволяют выявить регионарные микрометастазы и уточнить распространенность опухолевого процесса.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Волченко Н.Н., Тьчинский В.П., Решетов И.В., Славнова Е.Н., Голубцов А.К., Борисова А.В., Клемшов И.В.

ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий»; Москва, Россия

Цель исследования. Улучшить цитологическую диагностику ПРЩЖ с применением иммуноцитохимии, исследовать активность областей ядрышковых организаторов и когерентной фазовой микроскопии.

Материалы и методы. Изучены дооперационные пунктаты от 51 больного, и них 30 – по поводу папиллярного рака щитовидной железы, 9 – фолликулярных аденом, 10 – коллоидного зоба и 2 – аутоиммунного тиреоидита. Выполнено 204 иммуноцитохимических исследований. Основными маркерами, используемыми нами в диагностике ПР являлись тиреоглобулин, тиреоидный транскрипционный фактор ТТФ1, цитокератин 19, молекула адгезии CD44v6, мезотелиальный антиген НВМЕ1, онкобелок p53, белок пролиферативной активности Ki 67.

Результаты. При проведении иммуноцитохимического исследования тиреоглобулин экспрессировался в 94% наблюдений папиллярного рака щитовидной железы и в таком же проценте доброкачественных заболеваний щитовидной железы (зоб, аденома, тиреоидит). Отсутствие экспрессии тиреоглобулина при ПР свидетельствует о снижении дифференцировки опухоли. Отрицательная экспрессия тиреоглобулина наблюдалась и при выраженных лимфоматозных тиреоидитах и гипотиреоидном зобе. Положительная экспрессия тиреоидного фактора транскрипции (ТТФ1) отмечалась в 94% при ПРЩЖ. Нами определена возможность использования ряда биологических маркеров: цитокератина 19, мезотелиального антигена НВМЕ1, молекулы адгезии CD44v6, онкобелка p53, белка пролиферативной активности Ki67 – для дифференциальной диагностики доброкачественных заболеваний и ПРЩЖ. Цитокератин 19 экспрессировался в 98% ПРЩЖ и лишь в 20% доброкачественных заболеваний. При ПРЩЖ наблюдалась яркая цитоплазматическая диффузная реакция. Экспрессия цитокератина 19 в доброкачественных образованиях наблюдалась в немногочисленных клетках и была слабо выражена. Мезотелиальный антиген НВМЕ1 экспрессировался в 78% папиллярных раков щитовидной железы и ни в одном из наблюдений доброкачественных заболеваний. Мутантный белок p53 определялся в 10% (в 3 наблюдениях) папиллярных раков щитовидной железы: в одном случае в метастазе ПРЩЖ в ЛУ шеи и в двух случаях при прогрессировании ПРЩЖ с множественными метастазами в ЛУ и легкие. Яркая положительная мембранная ИЦХ реакция молекул адгезии CD44v6 наблюдалась в 80% папиллярных раков ЩЖ и практически отсутствовала при доброкачественных заболеваниях ЩЖ. Белок пролиферативной активности Ki – 67 практически не экспрессировался во всех случаях папиллярного рака и доброкачественных заболеваний: экспрессия отмечалась лишь в единичных клетках. Маркеры, которые с абсолютной точностью позволяют определить малигнизацию фолликулярного эпителия отсутствуют, но, тем не менее, целесообразно для дифференциальной диагностики ПРЩЖ и доброкачественных узлов ЩЖ исследование двух и более маркеров, таких как цитокератин 19, НВМЕ1, CD44v6. Коэкспрессия хотя бы двух маркеров, таких как цитокератин 19 и НВМЕ1 позволяет диагностировать РЩЖ. Ki67 не является маркером дифференциальной диагностики между папиллярным раком и доброкачественными заболеваниями щитовидной железы.

Определение активности ОЯО эпителия ЩЖ помогает в дифференциальной диагностике ПР и доброкачественных заболеваний ЩЖ. В нашем исследовании мы обращали внимание на ядрышки крупного и среднего размера и различной плотности в зависимости от степени выраженности фибриллярного и гранулярного компонентов (компактные и нуклеолемные). Содержание компактных и нуклеолемных ядрышек в среднем на клетку при зобе составило 2,3, при аденоме 1,9, и при папиллярном раке 1,8, что означало следующее – количество такого типа ядрышек в среднем на клетку незначительно уменьшается от зоба к раку, причем преимущественно за счет нуклеолемных ядрышек.

Выводы. В результате проведенных исследований с использованием метода когерентной фазовой микроскопии разработан уникальный программноаппаратный комплекс, позволяющий изучать изменение функционального состояния

клетки в динамике. Определены спектры колебаний флуктуаций фазовой толщины для «нормальных» клеток и клеток ПРШЖ. Различия получены как в значении частот колебания спектров, так и в их интенсивности, поскольку «нормальные» клетки и часть клеток папиллярного рака гормонально активны. При ПРШЖ интенсивность флуктуаций может в несколько раз превышать этот показатель для «нормальных» клеток, что объясняет интенсивность метаболических процессов в клетках папиллярного рака в отличие от нормальных клеток.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Волченко Н.Н., Тычинский В.П., Решетов И.В., Славнова Е.Н., Голубцов А.К., Борисова А.В., Клемшов И.В.
ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий»; Москва, Россия*

Цель исследования. Улучшить цитологическую диагностику ПРШЖ с применением иммуноцитохимии, исследовать активность областей ядрышковых организаторов и когерентной фазовой микроскопии.

Материалы и методы. Изучены дооперационные пунктаты от 51 больного, и них 30 – по поводу папиллярного рака щитовидной железы, 9 – фолликулярных аденом, 10 – коллоидного зоба и 2 – аутоиммунного тиреоидита. Выполнено 204 иммуноцитохимических исследований. Основными маркерами, используемыми нами в диагностике ПР являлись тиреоглобулин, тиреоидный транскрипционный фактор ТТФ1, цитокератин 19, молекула адгезии CD44v6, мезотелиальный антиген НВМЕ1, онкобелок р53, белок пролиферативной активности Ki 67.

Результаты. При проведении иммуноцитохимического исследования тиреоглобулин экспрессировался в 94% наблюдений папиллярного рака щитовидной железы и в таком же проценте доброкачественных заболеваний щитовидной железы (зоб, аденома, тиреоидит). Отсутствие экспрессии тиреоглобулина при ПР свидетельствует о снижении дифференцировки опухоли. Отрицательная экспрессия тиреоглобулина наблюдалась и при выраженных лимфоматозных тиреоидитах и гипотиреоидном зобе. Положительная экспрессия тиреоидного фактора транскрипции (ТТФ1) отмечалась в 94% при ПРШЖ. Нами определена возможность использования ряда биологических маркеров: цитокератина 19, мезотелиального антигена НВМЕ1, молекулы адгезии CD44v6, онкобелка р53, белка пролиферативной активности Ki67 – для дифференциальной диагностики доброкачественных заболеваний и ПРШЖ. Цитокератин 19 экспрессировался в 98% ПРШЖ и лишь в 20% доброкачественных заболеваний. При ПРШЖ наблюдалась яркая цитоплазматная диффузная реакция. Экспрессия цитокератина 19 в доброкачественных образованиях наблюдалась в немногочисленных клетках и была слабо выражена. Мезотелиальный антиген НВМЕ1 экспрессировался в 78% папиллярных раков щитовидной железы и ни в одном из наблюдений доброкачественных заболеваний. Мутантный белок р53 определялся в 10% (в 3 наблюдениях) папиллярных раков щитовидной железы: в одном случае в метастазе ПРШЖ в ЛУ шеи и в двух случаях при прогрессировании ПРШЖ с множественными метастазами в ЛУ и легкие. Яркая положительная мембранная ИЦХ реакция молекул адгезии CD44v6 наблюдалась в 80% папиллярных раков ЩЖ и практически отсутствовала при доброкачественных заболеваниях ЩЖ. Белок пролиферативной активности Ki – 67 практически не экспрессировался во всех случаях папиллярного рака и доброкачественных заболеваний: экспрессия отмечалась лишь в единичных клетках. Маркеры, которые с абсолютной точностью позволяют определить малигнизацию фолликулярного эпителия отсутствуют, но, тем не менее, целесообразно для дифференциальной диагностики ПРШЖ и доброкачественных узлов ЩЖ исследование двух и более маркеров, таких как цитокератин 19, НВМЕ1, CD44v6. Коэкспрессия хотя бы двух маркеров, таких как цитокератин 19 и НВМЕ1 позволяет диагностировать ПРШЖ. Ki67 не является маркером дифференциальной диагностики между папиллярным раком и доброкачественными заболеваниями щитовидной железы.

Определение активности ОЯО эпителия ЩЖ помогает в дифференциальной диагностике ПР и доброкачественных заболеваний ЩЖ. В нашем исследовании мы обращали внимание на ядрышки крупного и среднего размера и различной плотности в зависимости от степени выраженности фибриллярного и гранулярного компонентов (компактные и нуклеолемные). Содержание компактных и нуклеолемных ядрышек в среднем на клетку при зобе составило 2,3, при аденоме 1,9 и при папиллярном раке 1,8, что означало следующее – количество такого типа ядрышек в среднем на клетку незначительно уменьшается от зоба к раку, причем преимущественно за счет нуклеолемных ядрышек.

Выводы. В результате проведенных исследований с использованием метода когерентной фазовой микроскопии разработан уникальный программноаппаратный комплекс, позволяющий изучать изменение функционального состояния клетки в динамике. Определены спектры колебаний флуктуаций фазовой толщины для «нормальных» клеток и клеток ПРШЖ. Различия получены как в значении частот колебания спектров, так и в их интенсивности, поскольку «нормальные» клетки и часть клеток папиллярного рака гормонально активны. При ПРШЖ интенсивность флуктуаций может в несколько раз превышать этот показатель для «нормальных» клеток, что объясняет интенсивность метаболических процессов в клетках папиллярного рака в отличие от нормальных клеток.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Яковец Ю.И., Чистяков А.А., Гончар А.Г., Остапенко Ю.В., Темниченко Д.П., Иваницкий С.М., Дьячков О.Н.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецкий областной противоопухолевый центр;
Донецк, Украина*

Цель исследования. Проанализировать опыт хирургического лечения узловых образований щитовидной железы.

Материалы и методы. За период с 2000 г. по настоящее время было прооперировано 356 больных с подозрением на ПРШЖ. Больным проводили: пункционную биопсию, изотопное исследование, исследование комплекса гормонов щитовидной железы и гипофиза. Пункционная биопсия подтвердила наличие рака у 105 больных (29,5%).

Результаты. Характер хирургических вмешательств был следующим: гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка выполнена 159 больным (44,7%), субтотальная тиреоидэктомия – 6 больным (1,7%), тиреоидэктомия произведена 191 больному (53,7%). Оперативные вмешательства, выполненные у больных раком щитовидной железы, у 10 пациентов носили паллиативный характер, что составило 7,9% от их общего числа. При гистологическом исследовании диагноз рака щитовидной железы установлен у 127 (35,8 %) больных. Остальные 229 (64,2 %) пациентов оперированы по поводу различных доброкачественных заболеваний ЩЖ, сопровождающихся узлообразованием ее паренхимы. Распределение больных ПРШЖ по стадиям было следующим. У 50 пациентов диагностирована I стадия заболевания, что составило 39,4% от их общего числа. У 41 пациента – II стадия (32,3 %), у 14 – III стадия (11%) и у 22 – IV стадия (17,3 %), соответственно.

Выводы. Учитывая низкую информативность как отдельных методов диагностики ЩЖ, так и их совокупности, с нашей точки зрения к любому узловому образованию щитовидной железы необходимо относиться как к потенциальному раку.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЭКСТРАФАСЦИАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Савенок Э.В., Савенок В.У., Жукова Е.Н., Рыжих О.В., Шевчук Л.В.

ВГМА им. Н.Н. Бурденко; Воронеж, Россия

Цель исследования. Изучить частоту и характер хирургических осложнений, возникающих после экстрафасциальных операций по поводу узловых форм заболеваний ЩЖ.

Материалы и методы. В работе проанализированы результаты проведенных оперативных вмешательств по экстрафасциальной методике у 732 пациентов с узловыми формами заболеваний ЩЖ. У всех больных диагноз подтвержден при плановом гистологическом исследовании.

Результаты. Анализируя полученные результаты, оказалось, что гипопаратиреоз обнаружен у 9 из 148 больных (6%). При этом постоянный ГПТ отмечен у 6 пациентов (4%). Из этих больных явный ГПТ оказался лишь у 1 больного (0,7%), а в 5 случаях (3,3%) отмечалось понижение уровня кальция в сыворотке крови, т.е. найден скрытый ГПТ. Если после гемитиреоидэктомии ГПТ выявлен не был, то после тиреоидэктомии постоянный ГПТ обнаружен у 13,4% больных. После субтотальной резекции ЩЖ при сопоставлении лабораторных и клинических данных транзиторный ГПТ был выявлен у 2,6% больных. При анализе данных обследования на догоспитальном этапе у всех больных подвижность голосовых связок была в полном объеме. При непрямой ларингоскопии на 2 сутки стойкий паралич гортани был отмечен у 10 (1,37%) из 732 больных. При этом, после ГТЭ паралич гортани был констатирован у 5 (1,1%) из 450 пациентов, после субтотальной резекции ЩЖ – в 1 (0,9%) из 114 наблюдений и после ТЭ – у 4 (2,5%) из 162 пациентов.

Выводы. Таким образом, после выполнения экстрафасциальных операций на ЩЖ с явным ГПТ страдало 2,2% пациентов, а скрытым – 11,2% больных. В связи с этим, всем пациентам в послеоперационном периоде необходимо определять содержание кальция в сыворотке крови и при необходимости проводить корригирующую терапию. Произведенная ТЭ стала причиной травматизации возвратного нерва со стойким односторонним параличом гортани у 3х из 148 больных (2%).

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Зинкевич И.В., Зинкевич О.И., Прокоданова Н.В.

Ростовская областная клиническая больница (ГУЗ РОКБ); Ростов-наДону, Россия

Цель исследования. Анализ информативности цитологического исследования, характера и локализации морфологического процесса, объема оперативного вмешательства, частоты рецидивов и летальности.

Материалы и методы. С 1999 по 2004 г. в отделении хирургической эндокринологии РОКБ было выполнено 540 операций по поводу РЩЖ. Всем больным выполнялись до и интраоперационное цитологическое и послеоперационное гистологическое исследования. Наибольшее число оперативных вмешательств – 79,4% – проводилось у больных при Т1-3N0M0 (тотальная и субтотальная резекция с центральной лимфодиссекцией, тиреоидэктомия с центральной лимфодиссекцией при T23N1M0). У 42,2% больных были поражены различные группы регионарных ЛУ. В большей части метастазирование наблюдалось в пре- и паратрахеальные ЛУ – 74,7%, а в 25,3% случаев метастазирование выявлено в ЛУ по ходу сосудов шеи. При исследовании локализации процесса было выявлено, что чаще всего процесс локализуется по задней поверхности доли ЩЖ (70,3% случаев).

Результаты. Рецидив наблюдался у 20 больных, из них 13 – папиллярный рак, первая операция – субтотальная резекция ЩЖ у 7 больных, тотальносубтотальная резекция у 6 пациентов; 6 случаев рецидива тиреоидного остатка: 3 случая регионарные метастазы в паратрахеальные лимфоузлы, 3 случая – метастазы в боковые лимфоузлы; 4 случая – медуллярный рак – тотальносубтотальная резекция ЩЖ. МTS в боковые лимфоузлы шеи – 3 (фолликулярный рак) – гемитиреоидэктомия. Сроки рецидивирования: до 1 года – 5 пациентов; 1-2 года – 8 пациентов; 2-3 года – 4 пациента; 3-5 лет – 2 пациента; после 5 лет – 1 пациент.

Выводы. Наибольшее число пациентов поступают с диагнозом ПРЩЖ (82,8%). При исследовании частоты локализации опухоли было установлено, что чаще всего опухолевые узлы локализуются по задней поверхности доли ЩЖ. Процент совпадения цитологического и гистологического исследований зависит от морфологического субстрата опухоли. После 5 лет наблюдений риск смерти значительно снижается.

ТОРАКАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЯ

ПЕРВИЧНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ГРУДНОЙ СТЕНКИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ

Адамян А.А.

ФГУ Институт хирургии им. А.В.Вишневского Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель. Проблема хирургического лечения опухолей грудной стенки – одна из наименее разработанных в онкологии. Радикальное удаление злокачественных опухолей путем выполнения обширных сквозных резекций грудной стенки должно завершаться адекватным восстановлением ее костного каркаса.

Материалы и методы. В основу данной работы положены результаты обследования, лечения и динамического наблюдения над 73 больными, страдавшими различными опухолями грудной стенки, потребовавшими проведения расширенных онкологических и восстановительных операций. Наиболее частыми среди них были пациенты с десмоидными фибромами (27) и другими доброкачественными новообразова-

ниями: остеохондромы, хондробластомы и др. (23). Для удобства характеристики опухоли и выбора лечебной тактики мы условно разделяем грудную стенку на 3 слоя: поверхностный (кожа и подкожная клетчатка), средний (мышцы и костный каркас) и внутренний (внутригрудная фасция и париетальная плевра). Объем хирургического вмешательства и его восстановительного этапа во многом зависит от степени вовлечения в процесс различных отделов грудной стенки. Они учтены в предложенной нами классификации новообразований грудной стенки по системе ТКММ: T14, K14, M04, m04.

Адекватное с функциональных и эстетических позиций восстановление грудной стенки возможно лишь при использовании необходимого комплекса полимерных материалов.

Мы применяли 3 класса полимерных материалов:

- А) Эндопротезы для замещения костного каркаса грудной стенки,
- Б) Эндопротезы мягких тканей грудной стенки и молочной железы.
- В) имплантаты для восстановления плевры, сухожилий, диафрагмы и брюшины.

У 65 больных была выполнена окончательная резекция среднего и внутреннего слоев. У 7 из них иссечение опухоли дополнено вмешательством на внутренних органах и крупных сосудах. Результаты. Только у 8 больных удаление новообразования выполнено в пределах поверхностного слоя. Целостность плевры восстанавливали консервированной твердой мозговой оболочкой, далее имплантировали эндопротезы ребер, которые укрывали мобилизованными кожно-жировыми, либо перемещенными кожно-мышечными лоскутами. У 8 (10,9%) пациентов наблюдали различные по тяжести послеоперационные осложнения (нагноение, гематома, серома, пневмония, краевой некроз кожного лоскута). У одной больной 28 лет развился острый тромбоз венозного гомотрансплантата после расширенной операции удаления саркомы грудной стенки с резекцией и пластикой подключичной вены. Осложнение удалось ликвидировать тромболитической терапией. Послеоперационный период больных саркомой протекает тяжелее, что обусловлено обширностью вмешательства. У больных с одномоментной пластикой ребер послеоперационный период протекал легче, чем у больных, которым грудная клетка была закрыта с перспективой отсроченной пластики.

Выводы. Рецидивы заболевания после наших операций выявлены у 2 больных десмоидами и у 7 больных со злокачественными новообразованиями грудной стенки. Наиболее часто рецидивы наблюдаются при локализации опухоли в подключичной области. Лучшие отдаленные результаты и лучшую выживаемость наблюдали при хондросаркоме, лейомиосаркоме и взрывающейся дерматофибросаркоме. При I-II стадии заболевания больные выжили все возможные после операции сроки. При опухолях III-IV стадии половина больных погибает в ближайшие годы после операции. Таким образом, проблема радикальных операций и пластического восстановления грудной стенки при опухолевом ее поражении во многом решается и в настоящее время может более широко внедряться в клиническую практику.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЛЕГКОГО И ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Корьмасов Е.А., Письменный А.К., Пушкин С.Ю., Тепикин А.А.

Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина; Самара, Российская Федерация

Цель. Изучена эффективность верификации рака легкого у больных с диссеминированными поражениями легких и плевры.

Материалы и методы. Проведен анализ обследования и лечения 156 пациентов с диссеминированными процессами в легких неясной этиологии и 1227 человек с диффузными поражениями плевры, сопровождавшимися экссудацией.

Результаты. По результатам видеоторакоскопической биопсии плевры среди 253 больных диагностированы: туберкулезный плеврит – у 106 (41,9%) человек, неспецифическое воспаление – у 77 (30,4%), мезотелиома и метастазы рака – у 70 (27,7%) человек. В то же время, среди 974 пациентов, не подвергавшихся биопсии, неспецифическая природа выпота была установлена у 493 (50,6%) человек, туберкулезная – у 311 (31,9%) пациентов, опухолевая только у 170 (17,5%) больных. Отмечено более частое выявление опухолевых поражений плевры за счет уменьшения числа неспецифических плевритов.

У пульмонолога наблюдались 129 человек с легочной диссеминацией. При этом ни у одного из этих больных в направлении диагноза не была заподозрена злокачественная природа заболевания. По результатам чрезбронхиальной биопсии только у 2 (1,6%) пациентов установлена раковая диссеминация, а у 62 (48,1%) пациентов данный метод вообще не помог в дифференциальной диагностике заболевания. В то же время, среди 84 пациентов, направленных на видеоторакоскопическую или видеоассистированную биопсию легкого, «карциноматоз» заподозрен у 5 (5,95%), «лимфогранулематоз с поражением легких» у 1 (1,2%). Диагноз «раковой диссеминации» подтвержден у 8 (9,5%) человек, «генерализованного лимфогранулематоза» у 1 (1,2%) человека. Получение достаточного о объеме биоптата при видеоторакоскопии становится главным фактором успеха дифференциальной диагностики.

Заключение. Таким образом, современная концепция диагностики диссеминированных поражений легких и плевры должна быть основана на обязательной морфологической верификации диагноза, а видеоторакоскопия должна стать не последним из существующих, а как можно более ранним методом исследования.

ТРАНСТОРАКАЛЬНАЯ БИОПСИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКИХ

Кривошеков Е.П., Королев Д.Г.

Самарский областной клинический онкологический диспансер; Самара, Россия

Цель. Оценка результатов проведения трансторакальной биопсии периферического рака легкого в условиях отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения Самарского Областного Клинического Онкологического Диспансера.

Материалы и методы. Проведен анализ 24 трансторакальных пункции, у 23 пациентов в возрасте от 23 до 82 лет. При биопсии периферических образований легкого использовался передвижной аппарат для

рентгеноскопии GE OEC 9800 Plus. Для пункционной биопсии субплевральных образований применялся УЗ аппарат GE LogicBook. Аспирационная биопсия проводилась с использованием игл Франсена 21G.

Рентгеновский контроль развития возможных осложнений осуществлялся непосредственно после проведения пункции, и на следующее утро после проведения пункции.

Результаты. Морфологическая верификация опухолей была получена у 20 пациентов. Выявлены следующие морфологические варианты: аденокарцинома – 6 случаев, низкодифференцированный и мелкоклеточный рак – 7, плоскоклеточный рак – 3, метастаз рака поджелудочной железы – 1. Единичные злокачественные клетки – 3. Осложнение (пневмоторакс) наблюдалось у двух пациентов, в одном случае потребовавшее дренирование плевральной полости.

Выводы. Анализ собранного материала позволяет сделать вывод о том, что трансторакальная биопсия легкого в условиях онкологического диспансера является информативным и малоинвазивным методом позволяющим:

1. Выполнить морфологическую верификацию для выбора рациональной схемы полихимиотерапии.
2. Провести дифференциальную диагностику рака легкого.
3. Помочь в поиске первичного очага при метастатическом поражении легкого.

Все вышеперечисленное, а так же небольшое количество противопоказаний, непродолжительное пребывание пациента на койке и быстрое получение результата делают трансторакальную биопсию ценным диагностическим методом.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОБЪЁМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ

Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Имамов О.А., Алмардонов Р.Б.

Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз; Ташкент, Узбекистан

В республиканском онкологическом научном центре (РОНЦ МЗ РУз) на протяжении 2000–2007 гг. торакоскопические и видеоторакоскопические (ТО и ВТО) были выполнены 44 больным, по поводу объёмных образований легкого. Возраст больных колебался от 15 до 63 лет, среди них 27 (61,4%) мужчин и 17 (38,6%) женщин. Все больные комплексно обследованы до операции, однако характер и морфологическая природа опухолей осталась не выясненной. ТО и ВТО являлись завершающим этапом диагностики. Все операции проводились под эндотрахеальным наркозом с отдельной интубацией бронхов. Во всех случаях оперативное вмешательство началось с диагностической торакоскопии.

15 (34,1%) больным после диагностической торакоскопии, выполнена торакотомия. Из них 14 больным выполнена резекция легкого (пульмонэктомия – 2, лобэктомия – 6, частичная атипичная резекция легкого (ЧАРЛ) – 6), в 1 случае изза массивного прорастания опухоли в структуры средостения операция закончилась эксплоративной торакотомией. Гистологическое исследование показало: рак легкого в 7 случаях, карциноид – 2, малигнизированная аденома бронха – 2, лейомиома – 1, солитарный метастаз в легкое – 3.

23 (52,3%) больным после диагностической торакоскопии выполнена миниторакотомия и в дальнейшем под видеоскопическим контролем произведено удаление периферической опухоли легкого в 16 случаях, ЧАРЛ в 8 случаях. Результаты гистологического исследования: гамартахондромы – 12; туберкулема – 9; фиброма – 1; метастаз рака почки – 3; у 6 (13,6%) больных ДТ закончилась биопсией пораженной ткани легкого. Результаты гистологического исследования: саркоидоз легкого – 3; метастаз саркомы – 2, туберкулезное поражение легкого – 1. Таким образом, хирургическое вмешательство с использованием видеоторакоскопической техники оказалось не только средством дифференциальной диагностики, но и позволило установить правильный диагноз, избежать напрасных торакотомий, выполнить радикальную операцию при необходимости. Выводы. К преимуществам видеоторакоскопических вмешательств относим малую травматичность, значительное уменьшение послеоперационного болевого синдрома, уменьшение количества послеоперационных легочно-плевральных осложнений, а также сокращение длительности пребывания больного в стационаре.

ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

Пикин О.В., Колбанов К.И., Глушко В.А., Амиралиев А.М., Мироненко Д.Е.

ФГУ Московский научноисследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Росмедтехнологий

Актуальность. Бурное развитие видеоторакоскопической диагностики и хирургии в последние десятилетия 20 столетия связано с внедрением волоконной оптики. В настоящее время видеоторакоскопию применяют не только при доброкачественной патологии, но и при злокачественных новообразованиях. Очевидными преимуществами таких операций являются: малая травматичность, хороший косметический эффект, минимальная частота осложнений и быстрая реабилитация больных. Целесообразность видеоторакоскопии при метастазах в легких остается спорной.

Цель исследования. Определить возможности видеоторакоскопии в диагностике и лечении метастазов в легких.

Материалы и методы. В МНИОИ им. П.А. Герцена видеоторакоскопические вмешательства по поводу предполагаемого метастатического поражения легких выполнены 66 больным в возрасте от 18 до 79 лет (медиана – 52,1 года). Для дифференциальной диагностики изменений в легких, выявленных при динамическом наблюдении после лечения злокачественных опухолей внелегочной локализаций, видеоторакоскопию выполнили у 38, из них изменения в легких сочетались с увеличением внутригрудных лимфатических узлов у 4 (10,6%), с поражением плевры – у 2 (5,3%) больных. Двенадцати (31,5%) больным провели лекарственное противоопухолевое лечение по поводу предполагаемого прогрессирования заболевания в других лечебных учреждениях, причем 2 из них – по 6 и 11 курсов полихимиотерапии соответственно. Однако стабильная рентгенологическая картина выявленных изменений заставила усомниться в правильности предполагаемого диагноза.

С лечебной целью видеоторакоскопию выполнили у 28 больных. Солитарный метастаз удален у 24, единичные – у 4, из них билатеральные – у 3 больных. Резекцию легкого осуществляли при помощи аппарата EndoGia «Universal»45 и Ethicon ETSFlex45. При двусторонних метастазах применяли методику видеоассистированного их удаления с использованием «руки помощи». Из доступа под мечевидным отростком выполняли последовательную тщательную ревизию паренхимы легких для обнаружения дополнительных образований, не определявшихся компьютерной томографией.

Результаты. Конверсия на торакотомию потребовалась у 4 (6,1%) больных.

Причинами открытой операции явились: невозможность определения локализации образования в паренхиме легкого у 2, выраженный спаечный процесс – у 2. Послеоперационных осложнений не было. В группе больных, которым видеоторакоскопия выполнена с целью дифференциальной диагностики, метастатический характер изменений подтвержден лишь у 25 (65,8%), а у остальных (34,2%) – неопухолевая патология: туберкулез у 2, саркоидоз – у 3, хондрогамартома – у, 2, фиброзные изменения легкого и плевры – у 2 и гранулематозный процесс неясной этиологии – у одного больного. После удаления метастазов из легкого 9 (32,1%) больных живут более пяти лет.

Выводы. Видеоторакоскопия с морфологическим исследованием является информативным методом завершающей диагностики патологии легкого, позволяет установить истинный диагноз и выбрать оптимальную лечебную тактику. При солитарном метастазе видеоторакоскопическая резекция легкого является альтернативой торакотомии. При двусторонних метастазах может быть использована методика видеоассистированного их удаления без ущерба радикализму операции.

РОЛЬ ТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПЛЕВРИТОВ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Расулов А.Э., Кротов Н.Ф., Имамов О.А.

Республиканский онкологический научный центр МЗ Руз; Ташкент, Узбекистан

Цель. Диагностика плеврального выпота, как такового, обычно не вызывает затруднений у клиницистов. Наиболее сложный вопрос – его этиологическая верификация.

Материалы и методы. В торакальном отделении РОНЦ МЗ РУз, за период с 2000 по 2007 гг, 27 больным с гидротораксом неясной этиологии, для уточнения морфологической этиологии выполнена диагностическая торакоскопия. Возраст больных колебался от 21 до 69 лет, среди них 17 (62,9%) мужчин и 10 (37,1%) женщин.

Из анамнеза было выяснено, что всем больным до обращения в клинику РОНЦ проводилось длительное лечение у клиницистов различного профиля (у терапевта – 15 (55,5%), у фтизиатра – 7 (25,9%), у пульмонолога – 5 (18,5%)). Амбулаторное лечение получили – 18 (66,7%) больные, стационарное – 9 (33,3%). Всем больным, до обращения в клинику нашего центра, произведены были пункции плевральной полости от 6 до 30 раз в течении от 1 до 8 месяцев. Диагностическая торакоскопия являлась завершающим этапом диагностики. Все операции проводились под эндотрахеальным наркозом с раздельной интубацией бронхов.

Результаты. На начальном этапе торакоскопии, в ходе ревизии, спаечный процесс различной степени выраженности выявлен у 7 (22%) из 27 больных, в том числе, в 2 случаях отмечена полная облитерация плевральной полости. В 21 случае выявлены патологические очаги в плевральной полости, взят материал для гистологического исследования. В 6 случаях осуществлена биопсия с разных точек утолщенной париетальной плевры. В момент операции и в послеоперационном периоде, каких либо специфических осложнений, связанных с методикой проведения торакоскопии, нами не выявлено. По результатам диагностической торакоскопии и биопсии, морфологического исследования биоптата причинами плеврального выпота установлены: мезотелиома плевры у 15 (55,5%) больных; метастатический плеврит у 6 (22,2%) больных; неопухолевой плеврит у 6 (22,2%) больных.

Выводы. Таким образом, значительное уменьшение послеоперационного болевого синдрома, а также сокращение длительности пребывания больного в стационаре после диагностической торакоскопии, позволяют уточнить правильный диагноз и своевременно начать этиотропное лечение.

ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ ОБРАЗОВАНИЙ СРЕДОСТЕНИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКА

Степанов С.О., Казакевич В.И., Гуц О.В.

ФГУ МНИОИ им.П.А.Герцена, Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель. Несмотря на имеющиеся различия в эхографической картине различных патологических процессов, локализующихся в средостении, провести точную нозологическую диагностику только на основании данных ультразвукового исследования невозможно, допустимо лишь предположить тот или иной характер патологии. Окончательный ответ о характере заболевания может дать только морфологическое (гистологическое) исследование. Это служит показанием для выполнения диагностических инвазивных манипуляций – пункционных биопсий при данных патологических состояниях.

Материалы и методы. Манипуляция выполнялась 87 больным. При любой нозологической форме заболевания, удавалось получить достаточное количество материала для гистологического исследования и морфологической верификации патологии. Для пункции средостения применялись: биопсийный «пистолет» и адаптированные к нему иглы калибром 14G, позволяющие получать достаточное количество материала для гистологического морфологического исследования.

Результаты. Однократная пункция была особенно результативна у больных с медиастинальной формой рака легкого – 100%, а так же с тимомой – 92,8% и неорганными опухолями – 88%. В данных наблюдениях повторная пункция потребовалась лишь у 1 и 3 больных соответственно. Несколько другие результаты получены у больных лимфопролиферативными заболеваниями: лимфогранулематозом и лимфосаркомой. В данной группе больных в 46,4% наблюдений выполнялась повторная биопсия. Такой высокий процент

повторных манипуляций связан с попыткой, не только поставить морфологический диагноз, но и провести гистологическое «типирование» опухоли для выработки адекватного плана лечения. Однако макроскопическая и микроскопическая структуры патологии так и не позволили сделать этого: в получаемом «столбике» тканей на фоне значительного количества фиброзной, некротических и других тканей, процент непосредственно специфических клеток составляет не более 30 от их общего клеточного состава.

Выводы. Для пациентов с лимфопролиферативными заболеваниями выполнение пункционной биопсии рекомендуется только с целью проведения дифференциальной диагностики от других видов опухолевой патологии средостения, т.к. для обследования этих больных необходимо подключать дополнительные диагностические методы: диагностическую торакоскопию или торакотомию, позволяющие выполнить тотальную биопсию одного из узлов, составляющих конгломерат. Для таких патологий, как тимома и неорганные опухоли средостения, методику пункционной биопсии под ультразвуковым контролем для морфологической верификации патологии можно считать адекватной и достаточной, позволяющей как раз избежать выполнения диагностических хирургических манипуляций.

ОПУХОЛИ ТРАХЕИ, ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Харченко В.П.

ФГУ Российский научный центр рентгенорадиологии Росмедтехнологий; Россия, Москва

Несмотря на небольшой удельный вес среди других онкологических заболеваний человека опухоли трахеи заслуживают особого внимания, так за короткий срок после первого клинического проявления приводят больного к критическим для жизни осложнениям из-за нарушения проходимости верхних дыхательных путей. Больные поступают в медицинские учреждения в тяжелом состоянии. Своевременная диагностика, доставка его в специализированную клинику и оказание квалифицированной высокотехнологичной медицинской помощи в первые же часы поступления имеет решающее значение в лечении этого тяжелого контингента больных.

Представляем более чем 30-летний опыт РНЦР диагностики и лечения 805 больных опухолями трахеи. Первичные опухоли отмечались у 512 (63,6%) больных, распространение на трахею или сдавление извне опухолью соседних органов отмечалось у остальных 293 (36,4%) пациентов. Большую часть опухолей собственно трахеи составили плоскоклеточный (41,4%) и аденокистозный рак (17,9%), реже встречались карциноиды трахеи (7,6%) и другие редкие формы злокачественных новообразований (8,2%). Доброкачественные опухоли составили 15,0%. Разработанный в РНЦР комплекс диагностических и лечебных мероприятий, включающий эндоскопическую реканализацию и эндопротезирование трахеи, позволил вывести больных из тяжелого состояния, завершить обследование, установить характер и распространенность поражения трахеи, подготовить больного к основному, хирургическому этапу лечения. Доброкачественные опухоли локализовались преимущественно в верхних отделах трахеи, карциноиды в области бифуркации. Плоскоклеточный и аденокистозный рак распределялись равномерно по различным отделам трахеи. Хирургическое лечение проведено у 445 больных с опухолями трахеи. В основном у ¼ больных выполнялись циркулярные резекции трахеи, у остальных операции носили паллиативный или симптоматический характер. Учитывая, что у многих больных злокачественными опухолями трахеи отмечался инфильтративный рост опухоли и анатомические ограничения в возможности проведения резекции трахеи на достаточном расстоянии от края опухоли в 56,8% наблюдений проведено комбинированное лечение с послеоперационной лучевой терапией. Комбинированное лечение улучшает результаты лечения больных злокачественными опухолями трахеи. 5-летняя выживаемость при комбинированном лечении плоскоклеточного рака трахеи составила 40,9%, аденокистозного рака – 92,0%. 10-летняя выживаемость при аденокистозном раке после комбинированного лечения составила 77,1%±6,5, а хирургического лечения – 45,9%±7,9. Результаты лечения опухолей трахеи существенно ухудшаются при наличии метастазов в регионарных лимфатических узлах.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ МЕЗОТЕЛИОМЫ ПЛЕВРЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕРМОХИМИОТЕРАПИИ

Жарков В.В., Курчин В.П., Курченков А.Н., Стефанович Ж.А.

ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»; Минск, Беларусь

Цель. Изучить эффективность комплексного лечения больных мезотелиомой плевры с применением термохимиотерапии (ТХТ).

Материалы и методы. В рандомизированное исследование включено 15 больных (5 женщин, 10 мужчин, возраст от 30 до 66 лет) с морфологически подтвержденным при видео-ассистированной торакоскопии диагнозом мезотелиома плевры III стадии. Больные рандомизировались на две группы: 1) плеврэктомия и 4 курса адъювантной ПХТ – 9 больных; 2) термохимиотерапия, плеврэктомия и 4 курса адъювантной ПХТ – 6 больных. ТХТ проводилась в течение 1 часа после достижения температуры в плевральной полости 42–42,5°C с добавлением в перфузат винорельбина (30 мг/м²) и циплатина (120 мг/м²). Плеврэктомия выполнялась через 2 недели после процедуры. Адъювантная ПХТ проводилась по схеме: циплатин 100 мг/м² в/в в 1й день, навельбин 30 мг/м² в/в в 1й и 8й дни, интервал между курсами 3 недели. Изучены осложнения, послеоперационная летальность, рецидивы и частота отдаленных метастазов.

Результаты. В 1й группе послеоперационные осложнения отмечены у 4 больных (44,4%): нагноение в остаточной грудной полости – 2 (22,2%), нарушение сердечного ритма – 1 (11,1%), тромбоэмболия легочной артерии – 1 (11,1%), умер 1 больной (11,1%). Во 2й группе осложнения после термохимиотерапии возникли у 2 больных: эмпиема плевры – 1, печеночно-почечная недостаточность – 1. Оба больных оперированы после ликвидации осложнений. После радикальной операции осложнения развились у 2 больных (33,3%): кровотечение в остаточную грудную полость – 1 (16,7%), острая сердечная недостаточность – 1 (16,7%), умер 1 больной (16,7%). В течение 1 года наблюдения в 1

группе рецидив выявлен у одного больного (11,1%), отдаленные метастазы выявлены у 4 больных (44,4%). В группе с применением термохимиотерапии рецидивов не было, отдаленные метастазы выявлены у 2 больных (33,3%).

Вывод. Внутривнутриплевральная перфузионная термохимиотерапии представляется перспективным методом в комплексном лечении больных злокачественной мезотелиомой плевры, эффективность которого нуждается в дальнейшем изучении.

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНО НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОГО МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЛЕГКОГО

Сидоренко Ю.С., Сергостьянц Г.З., Айрапетова Т.Г., Белан О.С.

Ростовский научноисследовательский онкологический институт; Ростов-на Дону, Россия

На сегодняшний день на фоне устойчивой тенденции к росту заболеваемости раком легких, среди заболевших до 60% составляют больные с местнораспространенными формами рака с поражением внелегочных анатомических образований и обширным метастазированием в лимфоузлы средостения. Учитывая то обстоятельство, что большая часть больных раком легкого уже неоперабельны на момент установления диагноза, очевидна актуальность разработки методов неoadъювантной терапии, направленной на уменьшение размера первичной опухоли, вследствие чего появляется возможность проведения радикальной операции у ранее неоперабельных больных. В отделении торакальнопластической хирургии РНИОИ с 2004 г. применяется методика неoadъювантной многокурсовой химиотерапии на аутокрови, заключающаяся в следующем: у больного осуществляется забор венозной крови в объеме 200–250 мл. с последующей инкубацией ее с цитостатиками и введением пациенту в/в капельно; курс осуществляется четырьмя введениями химиопрепаратов на аутокрови. Проводится два-три курса аутогемохимиотерапии с интервалом в три недели. После окончания третьего курса неoadъювантной аутогемохимиотерапии, в зависимости от степени регрессии опухоли, проводится оперативное или лучевое лечение. По данной методике пролечено 63 пациента с местнораспространенным раком легкого. После проведения трех курсов полихимиотерапии на аутокрови у 13 (20,6%) больных отмечена полная регрессия опухоли, у 35 (55,5%) регрессия опухоли более 50%, у 15 пациентов (23,8%) отмечена стабилизация процесса, причем у 9 из них отмечено уменьшение опухоли менее чем на 50%, а у 6 – менее чем на 25%. Прогрессирование заболевания не наблюдалось. Проведение полихимиотерапии на аутокрови позволило перевести 37 больных (58,7%) в резектабельное состояние. Преимущественным объемом радикальной операции была расширенная и расширеннокombинированная пневмонэктомия, которая произведена 23 (62,2%) больным, расширенная лобэктомия – у 9 (24,3%) пациентов. В 5 случаях (13,5%) имела место пробная торакотомия. Таким образом, применение многокурсовой неoadъювантной аутогемохимиотерапии у первично неоперабельных пациентов с местнораспространенным раком легкого, позволяет перевести значительную часть больных в резектабельное состояние.

БРОНХОМИОПЛАСТИКА КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ ТРАХЕИ И БРОНХОВ В ТОРАКАЛЬНОЙ ОНКОХИРУРГИИ

Левченко Е.В., Шутов В.А., Тришин А.А., Клочков М.В., Барчук А.А., Рыбас А.Н., Ветюгов Д.Н.

НИИ онкологии им.Н.Н. Петрова, г.СанктПетербург

Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер

Цель. Изучить эффективность использования бронхиопластики (БМП) в профилактике несостоятельности бронхиальных швов (НБШ) у больных, оперированных по поводу злокачественных новообразований легких и плевры (ЗНЛП). **Материал и методы:** С января 1998 года по декабрь 2007 года 805 пациентам со ЗНЛП выполнено 335 (41,6%) лобэктомий, 48 (6,0%) билобэктомий, 416 (51,7%) пневмонэктомий и 6 (0,7%) изолированных резекций трахеи и бронхов. При формировании межбронхиальных (62), трахеобронхиальных (51) анастомозов, выполнении клиновидных резекций бифуркации трахеи (12) и бронхов (23) использовались отдельные узловые швы викрилом 3/0–4/0. В других случаях культя бронха обрабатывалась механическим (243) или механическим с возвратно-обвивным швом полиамидом (467). На основе анализа результатов лечения 253 больных, оперированных до 2002 года (контрольная группа) методом нормирования интенсивных показателей по Байесу разработана система индивидуального прогнозирования риска развития НБШ. С 2002 года (основная группа – 552 пациента) в случаях высокого риска развития НБШ, с целью профилактики, к линии бронхиальных швов в 62 случаях фиксировали лоскут *m.latissimus dorsi*, в 43 – *m.serratus anterior*, в 2 – межреберной мышцы.

Результаты. В основной и контрольной группе частота послеоперационных осложнений составила 22,15% и 19,9% ($p=0,532$), послеоперационная летальность – 5,2% и 3,98% ($p=0,577$) соответственно. НБШ развилась у 9 (3,56%) больных контрольной и 14 (2,53%) основной группы ($\chi^2=0,341$, $df=1$, $p=0,559$). Формирование бронхоплевральной фистулы (БПФ) с развитием эмпиемы плевры наблюдалось у 3 пациентов после первичной и у 2 – после вторичной БМП против 8 (3,2%) – в контрольной группе ($\chi^2=4,229$, $df=1$, $p=0,040$).

Выводы. Применение БМП не уменьшает частоту развития НБШ ($p=0,559$), но позволяет в значительно короткие сроки ликвидировать это осложнение, зачатую (64,3%) без развития эмпиемы плевры и формирования БПФ ($p=0,040$).

ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО СТАРШЕ 70 ЛЕТ

Григорьева С.П., Базаров Д.В., Паршин В.Д., Мамедов Ф.Ф.

ГУ Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского РАМН; Москва, Россия

Рак легкого преимущественно болезнь пожилого возраста. Операбельность у больных раком легкого в возрасте 69 лет снижается с 30 до 10%, а у больных старше 70 лет не превышает 4%.

В отделении хирургии легких и средостения РНЦХ с 1970 по 2007 гг оперировано 142 больных раком легкого старше 70 лет, из них было 114 мужчин и 28 женщин, самому пожилому больному было 84 года. Центральная локализация опухоли наблюдалась у 77 больных, периферическая – у 65.

Распределение больных по стадиям заболевания было следующим: I стадия – у 19 больных, II стадия – у 65 больных, III – у 44, IV – у 7 больных. 7 больных оперировано по поводу метастатических опухолей. Подавляющее большинство больных оперировано по поводу эпидермоидного рака и аденокарциномы, 92 и 35 больных, соответственно.

У 142 больных произведено 143 операции: лобэктомия – 88, билобэктомия – 7, пневмонэктомия произведена 25 больным, экономные резекции 27 больным (из них 5 больным произведено удаление опухоли с прецизионной техникой и 3 больным произведены эндоскопические операции), лобэктомия с резекцией главного бронха – 2, остальным 11 больным выполнена эксплоративная торакотомия с биопсией или без нее.

Особенностью больных раком легкого пожилого и старческого возраста помимо выраженных возрастных изменений, явилось наличие нескольких сопутствующих заболеваний со стороны жизненно важных органов. В связи с этим подготовку к операции этой группы больных проводили параллельно с их обследованием.

Во время операции осуществляли постоянное кардиомониторное наблюдение, проводили контроль и адекватное возмещение кровопотери. При выполнении торакотомии стремились к максимальному сохранению мускулатуры, прибегая, по возможности, не к пересечению, а к разведению мышц.

Различные осложнения после операций наблюдались у 23 больных (16%), из них 10 умерли (летальность 7%). Трое больных скончались от эмпиемы плевры с бронхиальным свищом или без него, 2 – от пневмонии единственного легкого, 2 – от ТЭЛА, 1 – от кровотечения, 1 – от легочно-сердечной недостаточности. 1 – после лобэктомии от желудочного кровотечения.

Отдаленные результаты: общая 3х летняя выживаемость составила 65%, после пульмонэктомии – 52%, лобэктомии – 72%, экономных резекций – 75%. Общая 5ти летняя выживаемость составила 34%, после пульмонэктомии – 5%, лобэктомии – 41%, экономных резекций – 52%. Общая медиана выживаемости составила 47 месяцев.

На основании изучения результатов оперативного лечения рака легкого можно сделать вывод, что сам пожилой и старческий возраст не является противопоказанием к хирургическому лечению рака легкого. Необходимо учитывать основные факторы риска, функциональные резервы сердечнососудистой и дыхательной систем, а также наличие сопутствующих заболеваний.

СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС КАК ПЕРВИЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ РАКА ЛЕГКОГО

Денисов А.И., Тришин Е.В., Петренко Т.Ф., Зеленин М.М.

ГОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия Росздрава; Ярославль, Россия

Цель. Улучшение результатов диагностики и лечения спонтанного пневмоторакса.

Материалы и методы. В области оперативной пульмонологии достигнуты значительные успехи, однако проблема диагностики и лечения спонтанного пневмоторакса (СП) во многом остается нерешенной и спорной. Целесообразность и эффективность применения торакоскопии и торакоскопических операций при спонтанном пневмотораксе, а также в профилактике его рецидивов не вызывают сомнения. Однако спорными остаются показания к первичности выполнения торакоскопического пособия у пациентов с СП. Нередко под маской спонтанного пневмоторакса скрывается другая, более тяжелая патология. В клинике хирургии факультета последипломного образования Ярославской государственной медицинской академии, за период 2003–2007 г.г., находилось на лечении 226 пациентов с первичным и рецидивным спонтанным пневмотораксом. Возраст пациентов колебался от 14 до 72 лет, средний возраст 27,8±8,8 лет, старше 40 лет было 38 (16,8%) больных. У 198 (87,6%) человек было проведено торакоскопическое или видеоассистированное лечение СП. Необходимо отметить, что у части пациентов торакоскопия применялась как первичное мероприятие – всего у 102 (45,1%) человек. Однако, учитывая то, что одним из характерных признаков пневмоторакса является его развитие в молодом (в среднем 25–35 лет) возрасте, при поступлении пациентов с первичным пневмотораксом в возрасте старше 40 лет лечения всегда начинаем с торакоцентеза и дренирования плевральной полости.

Результаты. Нами наблюдались трое пациентов 46, 55 и 68 лет у которых спонтанный пневмоторакс являлся единственным проявлением рака легкого. При поступлении этих пациентов, даже при тщательном сборе анамнеза, данных за опухолевый процесс в легких не было. Рентгенологически при поступлении выявлялся только коллапс легкого. Однако, учитывая возраст и то, что пневмоторакс был первичным – этим больным был выполнен торакоцентез и дренирование плевральной полости с последующей постоянной активной аспирацией. После дренирования плевральной полости и расправления легкого, рентгенологически у этих больных было заподозрена онкологическая патология легких, которая затем была подтверждена другими методами исследования (ФБС, РКТГ грудной клетки, трансторакальной биопсией опухоли).

Выводы. Таким образом, при наличии СП у больных старше 40 лет необходимо начинать лечение с декомпрессии плевральной полости посредством плевральной пункции или ее дренирования с целью расправления легкого с последующим углубленным обследованием.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО

Жарков В.В., Еськов С.А., Малькевич В.Т., Курчин В.П., Стефанович Ж.А.

ГУ РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова; Минск, Республика Беларусь

В РНПЦ онкологии и медицинской радиологии с января 1996 г. по ноябрь 2007 г. выполнены хирургические вмешательства у 143 больных местнораспространенным немелкоклеточным раком легкого, классифицируемым по

международной системе классификации злокачественных опухолей TNM 6го пересмотра как pT₄N₀M₀ и инвазирующим в структуру купола плевральной полости, классифицируемым как pT₃N₀M₀.

Материалы и методы. Дескриптор pT4 установлен на основании прямой инвазии опухоли легкого, подтвержденной морфологически: в трахею в 25 случаях; в сосуды корня легкого интраперикардиально - 49; в верхнюю полую вену - 23, подключичные сосуды - 6; правое или левое предсердие - 16; в аорту - 20; в пищевод - 16; в позвонки - 6; печень - 1 случай; наличие метастаза в пораженной первичной опухоли доле в 10 случаях. В 17 случаях имел место рак Пэнкоста, из них в 14 распространение первичной опухоли классифицировано как pT3, в 3 - pT4 в связи с инвазией в подключичные сосуды. Возраст больных от 21 до 77 лет, (58,8 ± 9, 2). Мужчин - 139, женщин - 4, соотношение: 34,8/1.

Результаты. Хирургическое вмешательство в объеме лобэктомии/билобэктомии выполнено в 3 случаях, пневмонэктомии - 3, комбинированная лобэктомия/билобэктомия у 18 пациентов, комбинированная пневмонэктомия у 125 больных. Резекция верхней полой вены выполнена у 27 больных: окончатая с пластикой заплатой из аутоперикарда - 2, краевая - 19, циркулярная резекция верхней полой вены - 6. Резекция адвентиции аорты выполнена в 12 случаях, циркулярная резекция аорты с ее протезированием - 10. Циркулярная резекция подключичной артерии выполнена в 4 случаях, резекция адвентиции подключичной артерии - 1, резекция подключичной вены без реконструкции - 1. Резекция правого предсердия с заплатой из ксеноперикарда выполнена у 2 больных. Левое предсердие резецировано у 34 пациентов, из них в 8 случаях в условиях искусственного кровообращения с пластикой заплатой из ксеноперикарда, в 26 произведена резекция левого предсердия с использованием линейного сшивающего аппарата.

Циркулярная резекция бифуркации трахеи выполнена у 26 больных, клиновидная - 26. Резекция пищевода произведена в 22 случаях, из них субтотальная с формированием эзофагостомы и гастростомы - 2, с одноментной заднемедиастинальной эзофагогастропластикой - 1, резекция мышечного слоя пищевода - 19. Резекция позвонков выполнена у 7 больных. Ребра резецированы в 19 случаях.

Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 53 больных (37±4,0%).

Послеоперационная летальность составила 16,8 ± 3,1 %, .

Трехлетняя выживаемость составила 23,7 ± 4,2%, пятилетняя 9,8 ± 3,4%, медиана выживаемости 13,7 мес.

Выводы. Комбинированные хирургические вмешательства при местнораспространенном немелкоклеточном раке легкого позволяют достичь удовлетворительных непосредственных и отдаленных результатов лечения.

РАК ЛЕГКОГО 1А СТАДИИ

Мирзоян О.С., Григорьева С.П., Гудовский Л.М., Паршин В.Д.

Российский научный центр хирургии им. Б.В. Петровского РАМН; Москва, Россия.

Проблема улучшения результатов лечения рака легкого, имеющего тенденцию к неуклонному росту, продолжает оставаться актуальной. Исследованием установлено, что только вовремя произведенная хирургическая операция в ранней стадии заболевания даёт хорошие отдаленные результаты лечения рака легкого.

С 1963 по 2006гг. в отделении оперировано 4125 больных раком легкого, из них 1а стадия заболевания была у 217(5,3%) пациентов. Возраст больных варьировал от 15 до 75 лет. Диагноз до операции был верифицирован у 81 (37,3%) больного. Основными методами диагностики были бронхоскопия с биопсией - у 25 (31,2%), рентгенологическое исследование с катетеризацией периферического бронха - у 27(33,3%), пункционная биопсия опухоли под контролем КТ или рентгенотелевидения - у 19 (24,4%), цитологическое исследование мокроты - у 10 (11,1%). По морфологическому строению рака легкого 1а стадии преобладали аденокарцинома и эпидермоидный рак - у 104 (47,9%) и 96 (44,2%) больных соответственно. Прочие морфологические формы диагностированы у 17 больных. Рак легкого локализовался в правом легком у 137 (63,2%) пациентов, в левом - у 80 (36,8%). У подавляющего большинства больных - 151 (69,6%) опухоль располагалась в верхних долях легких. Периферический рак диагностирован у 191, центральный - у 26 больного. Методом выбора лечения при немелкоклеточном раке легкого (НМРЛ) является своевременная операция. Основным объемом хирургического вмешательства у больных раком легкого 1а стадии была лобэктомия - у 156 (72%) человек. Билобэктомии выполнены у 6 (2,7%), сегментэктомии у 6 (2,7%), сублобарные резекции у 48 (22,1%) больных, в том числе у 6 выполнено удаление опухоли с прецизионной техникой. У 1(0,5%) больного выполнена эндоскопическая лазерная фотокоагуляция опухоли шпоры В8 справа в связи с отказом пациента от операции. Послеоперационные осложнения имели место у 19 (8,9%) больных. Наиболее часто встречались остаточная полость и пневмония - у 11 и 4 больных соответственно. После операции умерли 3 пациента (1,3%). Один больной умер от аррозионного кровотечения из легочной артерии, второй больной умер от ТЭЛА, третий умер на 15е сутки от инфаркта миокарда. Результаты хирургического лечения рака легкого 1а стадии можно считать удовлетворительными. Общая 3х летняя выживаемость составила 85,6%, 5летняя - 73,5%, 10летняя - 52,3%. После лоб-, билобэктомии и лобэктомии с резекцией главного бронха 5летняя выживаемость составила 71,5%, 10летняя - 53,8%, после сублобарных резекций - 76,2% и 39,6% соответственно. Относительно низкие показатели 10летней выживаемости после сублобарных резекций легкого можно объяснить смертностью у пожилых больных от тяжелых сопутствующих заболеваний, что в свое время и было показанием к выполнению сублобарной резекции легкого при раке.

Оперативное вмешательство при НМРЛ 1а стадии не имеет альтернативы. Результаты хирургического лечения НМРЛ 1а стадии не зависят от локализации опухоли. Операцией выбора можно считать лобэктомии и сублобарные резекции у больных с низкими функциональными резервами кардиореспираторной системы.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО (МРЛ) III СТАДИИ: СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ

Моисеев П.И., Жарков В.В.

ГУ «РНЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»; Минск, Беларусь

В настоящее очевидный прогресс в лечении больных МРЛ достигнут благодаря применению операции в сочетании с химиотерапией (ХТ). Однако далеко не всеми признается оправданность такого подхода даже при I-II ст. болезни, не говоря уже о III.

Цель исследования состояла в оценке эффективности комбинированного лечения больных МРЛ III ст. с использованием хирургических вмешательств. Материалом исследования послужили данные о 112 больных МРЛ III ст., средний возраст - 56,5±0,6 лет. Все больные радикально оперированы. Распределение больных по степени распространения опухоли было следующим: T1N2 - 4 (3,6%), T2N2 - 71 (63,4%), T3N1 - 13 (11,6%), T3N2 - 14 (12,5%) (ст. IIIA), T2N3 - 3 (2,7%), T4N1 - 2 (1,8%), T4N2 - 5 (4,5%) (ст. IIIB). 94 проведена адъювантная химиотерапия в различных режимах, 18 пациентов от химиотерапии отказались («контрольная группа»).

Общая пятилетняя выживаемость составила 22,7±3,7%. Продолжительность жизни больных в изучаемой выборке определялась в первую очередь схемой лечения. При использовании адъювантной ХТ пятилетняя выживаемость составила 27,1±4,3%, в то же время ни один больной «контрольной» группы не пережил 24 месяцев. Не установлено статистически значимой разницы в показателях выживаемости в зависимости от критериев T и N: при T2 5 лет пережили 26,9±4,7% больных, при T3 4 - 24,7±8,8. Для пациентов с N1 изучаемый показатель составил 13,6±9,0%, с N2 3 - 29,1±4,4%.

Таким образом, мы считаем, что у больных МРЛ IIIA ст. операция целесообразна и в обязательном порядке должна дополняться адъювантной ХТ.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕДКИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЛЁГКИХ

Паршин В.Д., Биряков Ю.В., Григорьева С.П., Вишневецкая Г.А.

ГУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН

Проблема хирургического лечения редких злокачественных опухолей лёгких остается до настоящего времени недостаточно изученной.

К редким злокачественным опухолям лёгких относят опухоли как эпителиального (карциноид, крупноклеточный рак, аденоидно-кистозный рак) так и неэпителиального происхождения (саркома).

В отделении хирургии лёгких и средостения ГУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН с 1963 по 2007г произведено 4078 операций по поводу первичного бронхолегочного рака. Из них 388 (9,5%) были выполнены у пациентов с редкими злокачественными опухолями.

Наиболее распространённой эпителиальной опухолью среди редких новообразований следует считать бронхолегочный карциноид (267 больных), которые дифференцировали на типичные (90,5%) и атипичные (9,5%) варианты. Аденоидно-кистозный рак встретился у 28 (7,2%) пациентов, крупноклеточный рак у 13 пациентов. Различные гистологические типы сарком легкого диагностированы у 71 пациента.

Тактика в отношении редких злокачественных опухолей была такая же как при немелкоклеточном раке лёгкого. Все больные были оперированы.

Основным видом хирургического вмешательства при типичных карциноидах и аденоидно-кистозном раке были органосохраняющие оперативные вмешательства в виде лоб- и билобэктомии и реконструктивно-пластические операции. При определении объёма резекции у больных атипичными карциноидами соблюдали современные принципы лечения первичных злокачественных опухолей легких.

При злокачественных неэпителиальных опухолях, атипичных карциноидах и крупноклеточном раке чаще производили расширенные операции - пневмонэктомии, а также лоб и билобэктомии с удалением лимфатических узлов корня лёгкого и средостения.

Послеоперационные осложнения наблюдали у 41 больного (10,6%). Госпитальная летальность составила 1,5% - умерло 6 больных.

Отдалённые результаты: после операций при карциноидах пятилетняя выживаемость составила 92,1%, десятилетняя 84,2%.

При аденоидно-кистозном раке 5 лет прожили 72,2% больных, более 10 - 27,3%, более 15 лет - 18%.

У больных оперированных по поводу неэпителиальных опухолей в II-III стадии, а так же при метастазах в лимфатические узлы (N12) отдалённые результаты были малоутешительными, и лишь при первой стадии заболевания 5ти летняя выживаемость достигала 52%.

Результаты лечения при крупноклеточном раке хуже: 7 пациентов скончались в сроки до 24 месяцев, остальные до 36 месяцев. Только 1 больной прожил 61 месяц. При высокодифференцированных опухолях T1N0M0 и T2N0M0, хирургическое лечение достаточно эффективно, но при низкодифференцированном типе опухоли, а так же при вовлечении в процесс лимфатических узлов, все больные получали химиолучевую терапию. Основным фактором прогноза являются размер опухолевого узла, состояние внутригрудных лимфатических узлов и степень дифференцировки клеток опухоли. Отдалённые результаты хирургического лечения редких злокачественных опухолей лёгких свидетельствуют об оправданности этих операций.

РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ

Трахтенберг А.Х., Паршин В.Д., Пикин О.В., Колбанов К.И., Глушко В.А.Г., Амралиев А.М.

МНИОИ им. П.А. Герцена, РНЦХ РАМН2; Москва, Россия

Актуальность. Целесообразность активной хирургической тактики при метастазах в легких остается предметом дискуссии на протяжении многих десятилетий. Лечебная стратегия зависит от локализации и гистогенеза первичной опухоли, степени ее дифференцировки и количества метастазов (солитарный, единичные, множественные). При солитарном метастазе опухолей ряда локализаций на первом этапе предпочтение отдается хирургическому лечению, а при единичных и множественных мнения клиницистов относительно лечебной тактики не однозначны.

Цель. Определить роль и место хирургического метода в лечении больных с метастазами в легких.

Материал и методы. Нами оперированы 454 больных с метастазами в легких опухолей различных локализаций в возрасте от 18 до 79 лет. Солитарный метастаз диагностирован у 268, единичные - у

95 и множественные – у 91 больного. Гистологическая структура первичной опухоли: саркома – у 127, рак почки – у 83, ободочной кишки – у 81, молочной железы – у 63, шейки или тела матки – у 34, органов головы и шеи – у 20, яичка у 5, базальноклеточный – у 3, прочих локализаций – у 8 и меланома – у 30 больных.

Медиана интервала от момента лечения первичной. опухоли до выявления метастазов (DFI) составила 28,4 мес.

Основными критериями отбора больных для операции являлись: излеченность первичной опухоли; поражение только легких; резистентность к консервативному противоопухолевому лечению и достаточные функциональные резервы. Операцию удаления единичных и множественных метастазов сочетали с лекарственным противоопухолевым лечением в соответствии с гистогенезом и чувствительности к нему метастазов.

Всего выполнили 538 операций, из них двусторонних – 40 и повторных оперативных вмешательств – 44 у 33 больных, Предпочтение отдавали щадящим оперативным вмешательствам: сублобарная атипичная резекция легкого (60,6%), лобэктомия (23,4%), прецизионное удаление (7,6%) и классическая сегментэктомия (3,3%). Пневмонэктомия в связи с особенностями локализации и типа роста метастазов выполнена лишь у 23 (5,1 %) больных. Торакотомный доступ использован у 423, видеоторакоскопия – у 28 и стернотомия – у 3 больных.

Результаты. Послеоперационные осложнения констатированы у 44 (9,6%) больных.

Летальность составила 1,3%.

Пятилетняя выживаемость в целом при солитарном метастазе составила 34,9%, единичных – 21,7%, множественных – 14,7%. Лучшие пятилетние результаты достигнуты после удаления метастазов рака эндометрия (45,5%), органов головы и шеи (38,4%), толстой кишки (35,3%) и почки (26,3%). Они лучше при раке молочной железы (17,3%), шейки матки (18,1 %) и саркомах (18,5%). Плохой прогноз при метастазах меланомы, все больные умерли в течение 4х лет. При DFI<36 мес. 5летняя выживаемость составила 20,3%, а при DFI>36 мес. – 37,9% (p<0,05). Обнаружение во время операции метастазов во внутригрудных лимфатических узлах является плохим прогностическим признаком. При их отсутствии более пяти лет пережили 36,2% больных, а при наличии ни один больной не дожил до этого срока.

Выводы. Результаты хирургического лечения солитарного метастаза в легком удовлетворительные. Хирургия как этап комплексного лечения единичных и множественных метастазов в легких допустима, поскольку позволяет добиться 5летней выживаемости. Ведущими прогностическими факторами являются локализация и гистологическая структура первичной опухоли, количество, метастазов, величина DFI и состояние внутригрудных лимфатических узлов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО (НМРЛ) ПОСЛЕ ИНДУКЦИОННОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ

Порханов В.А., Поляков И.С., Кононенко В.Б., Коваленко А.Л.

Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского – Центр грудной хирургии, Краснодар, Россия

Около 80% впервые выявленных пациентов с НМРЛ имеют нехирургическую стадию лечения и им проводится лекарственная или лучевая терапия. Применение полихимиотерапии перед операцией больного с распространенным НМРЛ может улучшить показатели резектабельности опухоли. С января 2003 по январь 2008 года в Центре грудной хирургии ККБ №1 было направлено на неoadьювантное (индукционное) лекарственное лечение 31 пациент с НМРЛ из которых у 14 имелась распространенная нерезектабельная опухоль – Т4 (у 5 поражение бифуркации трахеи, у 3 инвазия в ВПВ, у 4 верхушечный рак легкого, у 2 опухоль выходила за пределы долевого бронха, но выполнение пневмонэктомии было противопоказано), у остальных 17 имелось множественное поражение медиастинальных лимфоузлов N23. Морфологический диагноз был установлен до лечения посредством биопсии опухоли при трансторакальной биопсии, ФБС, видеомедиастиноскопии, видеоторакоскопии. Функциональное состояние пациентов соответствовало ECOG 0–3. После проведения индукционной терапии выполнялось рестадирирование с решением о проведении оперативного лечения или продолжении медикаментозного. Эффект от лечения в группе Т4 наблюдался у 6 (42%) пац.– они переведены в операбельную стадию. Им выполнено 2 пневмонэктомии с резекцией бифуркации трахеи, у одного резекция бифуркации трахеи и пластика ВПВ, у 1 пневмонэктомия, у 1 резекция в/доли с бронхопластической операцией, у 2 пневмонэктомия. Из 17 пац. с N23 эффект имелся у 5 больных (29%) им выполнены операции различного объема. Послеоперационные осложнения составили 9%, летальности не было. Выживаемость в группах неоперированных и оперированных пациентов составила 7 месяцев и 23 месяца соответственно. Введение в практику индукционной терапии с оценкой результатов лечения позволило расширить возможности комбинированного лечения НМРЛ и перевести нерезектабельную опухоль в резектабельную, уменьшить стадию заболевания и улучшить прогноз исхода заболевания.

ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО (НМРЛ) С ИНВАЗИЕЙ В ВЕРХНЮЮ ПОЛУЮ ВЕНУ (ВПВ)

Порханов В.А., Поляков И.С., Кононенко В.Б., Коваленко А.Л., Ситник С.Д.

Краевая клиническая больница №1 им.С.В. Очаповского, Центр грудной хирургии; Краснодар, Россия

Операции на ВПВ выполняются редко, использование других, нехирургических методов лечения в некоторых случаях позволяет добиться лишь незначительного паллиативного эффекта. Цель этой работы показать результаты лечения пациентов с инвазией НМРЛ. С 1989 года по декабрь 2007 года выполнено 51 операция по резекции верхней полую вены, из них у 49 (96%) пац. показанием к операции служил немелкоклеточный рак легкого. Из этих пациентов у 31 (65%) имелся в выраженный в большей или в меньшей степени синдром сдавления ВПВ, обусловленный прямой инвазией опухоль в ВПВ (69%), медиастинальными лимфоузлами (31%). Для доступа в плевральную полость использовалась стандартная задняя боковая торакотомия у 38 (79%) и у 11 (21%) стернотомный доступ. Во всех случаях выполнялась систематическая медиастинальная лимфодиссекция. Было выполнено 3(6%) пневмонэктомии с резекцией бифуркации трахеи, 20 (40%) правой пневмонэктомии, 26 (53%) верхней лоб- или билобэктомии. Для протезирования ВПВ использовался ПТФЭ протез Уобразной формы у 13 (26%), линейной формы у 31 (63%), без использования протеза у 5 (10%). Среднее время полного пережатия ВПВ составило 42 мин. Осложнения наблюдались у 11 (21%) пац. интраоперационной летальности не было. Госпитальная летальность составила 10%. Причинами смерти больных явились тромбоз протеза и сосудов головного мозга, инфаркт, пневмония единственного легкого. В послеоперационном периоде химиотерапию получили 21 пациент. Общая пятилетняя

выживаемость для этой группы больных составила 16%. Несмотря на довольно высокий уровень послеоперационных осложнений и летальности эта работа показывает, что введение хирургического этапа в лечение этой категории больных улучшает выживаемость и качество жизни у пациентов с местнораспространенным НМРЛ и инвазией в верхнюю полую вену.

РЕЗЕКЦИЯ ЛЕГКОГО И ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ – ОДНОЭТАПНАЯ ОПЕРАЦИЯ

*Порханов В.А., Барбухатти К.О., Кононенко В.Б., Поляков И.С.,
Бодня В.Н., Позднякова О.А., Скопец А.А., Коваленко А.Л.*

Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского – Центр грудной хирургии; Краснодар, Россия

Примерно у 5% пац. с установленным раком легкого отказывают в оперативном лечении в связи с патологией сердца, которую возможно устранить хирургическим путем. Показана возможность оперативного лечения у пациентов с сочетанной патологией, которым обычно отказывают в оперативном лечении. С 23.12.2002 по 23.12.2007 в Центре грудной хирургии г. Краснодара выполнено 2302 резекции легкого по поводу первичного рака. У 61 потребовалось выполнить реваскуляризацию миокарда в связи с нестабильной стенокардией, из них у 43 пациента реваскуляризация миокарда и легочная резекция выполнялись в один этап из стернотомного доступа, у 2 из торакотомного доступа (offgroup). Кроме этого операции комбинировались с протезированием аортального клапана у 2 и митрального клапана у 1. У остальных проводились двухэтапные резекции. Средний возраст 62 г., мужчин 54. Особенностью одноэтапной операции являлось выполнение резекции легкого с систематической лимфодиссекцией после реваскуляризации на продолжающемся ИК. Среднее время операции 3,3±0,4 ч., время ИК 51±17 мин, средняя интраоперационная кровопотеря 580±170 мл, среднее кол-во отделяемого по дренажам 860±370 мл, время экстубации 1-14 часов, время нахождения в ПИТ – 1-3 сут. Общий уровень осложнений 14%, летальность 4,7%. Не было достоверных различий в уровне осложнений и летальности в группах с систематической лимфодиссекцией и этапных операций. Трехгодичная выживаемость составила 65%. Одномоментная реваскуляризация миокарда и легочная резекция на продолженном ИК могут быть рекомендованы, как операция выбора при раке легкого и нестабильной стенокардии, которая сопровождается сравнимым с обычной операцией на легком уровнем осложнений и летальности, при большем комфорте оперирования для хирурга и меньшими осложнениями для пациента

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕГОЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ (ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ) В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Порханов В.А., Карпов Д.М., Кононенко В.Б., Поляков И.С., Коваленко А.Л., Ситник С.Д., Сельващук А.П.

Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского – Центр грудной хирургии Краснодар, Россия

Основной проблемой обнаружения рака легкого является организация обследования пациентов групп риска, выявление его на ранних стадиях, сохранение преимущественности при выборе методов лечения рака легкого. В 1996 в Краснодарском крае была введена т.н. пульмонологическая комиссия на базе 60ти коечного торакального отделения. Она состояла из торакального хирурга, пульмонолога, фтизиатра и онколога. Целью было выявление легочной хирургической патологии, в основном рака легкого. Все исследования и необходимые консультации проводились амбулаторно, в течение 4-6 часов, в течение 2-10 дней получали морфологическое подтверждение диагноза, после чего принималось решение о тактике лечения больного. Ежегодно выявляется до 2,5 тыс. новых случаев онкологической патологии легких, плевры и средостения, более 500 случаев заболевания туберкулезом и другими легочными заболеваниями. Итогом десятилетней централизации приема больных с подозрением на любую легочную патологию явилось уменьшение интервала между выявлением болезни и установлением морфологической принадлежности опухоли до 3 дней, сроки догоспитального обследования сократились до 3-5 дней, против 3 месяцев, как было раньше. Колво больных с впервые выявленной ранней стадией рака легкого возросло на 38%, больных с 4 стадией уменьшилось на 22%. Сейчас оперируется 25-27% от впервые выявленных больных раком легкого (было 11-12%). На 26 % возросло количество больных состоящих на онкологическом учете более пяти лет, а смертность от рака легкого уменьшилась на 13%. Колво больных раком легкого, которым проводится необходимое лечение, возросло до 65% (было 32%). В Краснодарском крае создана современная эффективная модель пульмонологической комиссии. Итогом работы явилось увеличение количества больных с раком легкого выявленных на ранних стадиях, сокращение сроков обследования, что в конечном итоге уменьшило смертность и увеличило выживаемость пациентов прослеченных по поводу рака легкого.

СИСТЕМАТИЧЕСКАЯ ДВУСТОРОННЯЯ БИЛАТЕРАЛЬНАЯ ЛИМФОДИССЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБ.

*Порханов В.А., Поляков И.С., Кононенко В.Б. Бодня В.Н., Коваленко А.Л., Мезеря А.Л., Мамелов М.Ю.
Сельващук А.П.*

Краевая клиническая больница № 1; Центр грудной хирургии; Краснодар, Россия

Обнаружение у пациента IIIA-IIIВ стадии зачастую трактуется как противопоказание к оперативному лечению, хотя группа больных с медиастинальным поражением неоднородна С сентября 1991 по декабрь 2007 года из 6629 прооперированных по поводу рака легкого для исследования рандомизировано 158 пациентов с НМРЛ и поражением медиастинальных лимфатических узлов. Средний возраст составил 60,5 лет. У 34% пациентов перед оперативным лечением проведена неoadъювантная химиотерапия. Всем пациентам выполнялась систематическая двусторонняя медиастинальная лимфодиссекция из торакотомного (Т) – 81 пац. и стернотомного доступов (S) – 77 пац. сTIIIB стадия была у 9 (5,6%) пац. Пневмонэктомия выполнена в 71% случаев (112) у остальных лоб и билобэктомия. Минимальный срок наблюдения за больным составил 3 месяца. После оперативного лечения рTIIIB обнаружена у 27 (17%) – при торакотомном доступе у 6 (7,4%), при стернотомном у 21 (27%). Послеоперационные осложнения развились у 8,6% пациентов в группе Т и в группе S в 7,7% случаев (n.s.). Летальность составила 2,3% и 2,6% соответственно (n.s.). 5 летняя выживаемость при N2 – 14% (Т) против 28% (S). 5летней выживаемости при N3 (Т) – не было, а в группе прооперированных из стернотомного доступа 10%. Лучшая выживаемость при N2 поражении наблюдалась в группе перенесшей неoadъювантную химиотерапию. Выполнение систематической билатеральной лимфодиссекции не ухудшает непосредственные результаты оперативного

лечения, позволяет наиболее точно установить стадию лечения и выбрать оптимальный режим последующего лечения, что приводит к достоверному увеличению продолжительности жизни у пациентов с медиастинальным поражением лимфоузлов при немелкоклеточном раке легких. Проведение неoadъювантной терапии улучшает выживаемость пациентов с поражением лимфоузлов средостения.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКОГО

Рагулин Ю.А., Каплан М.А., Медведев В.Н., Капинус В.Н., Петерс В.В.

ГУ Медицинский радиологический научный центр РАМН; Обнинск, Москва

Целью исследования является оценка эффективности использования фотосенсибилизаторов хлоринового ряда для фотодинамической терапии (ФДТ) центрального рака легкого. В клинике ГУ МРНЦ РАМН проведена эндоскопическая ФДТ 41 больному центральному раком легкого. За 2 часа до процедуры пациентам внутривенно капельно вводили фотосенсибилизатор хлоринового ряда (Фотолон, Фотодитазин) в дозе 0,7–1,9 мг/кг. Эндоскопические процедуры выполняли с помощью видеоинформационной системы OLYMPUS EVIS Exera 160. Для обезболивания использовали местную анестезию лидокаином и общую седацию. Непосредственные результаты удалось проследить у 37 пациентов. Сроки наблюдения за больными составляют от 5 суток до 3 лет. При бронхоскопии через 5–7 дней у 8ми (21,6%) больных отмечался поверхностный некроз опухоли, у 27ми (73%) глубокий некроз опухолевой ткани, у шести из них повреждение окружающей здоровой ткани у 2х больных реакции со стороны опухолевой ткани не наблюдалось. При этом же исследовании, выполненном через месяц после ФДТ, у 23 (62,2%) произошла полная регрессия экзофитного компонента опухоли, у 12 (32,4%) отмечалось уменьшение опухолевого очага, у 2х больных уменьшения опухоли не выявлено. Клинически реализация эффекта фотодинамической терапии проявлялась в полном прекращении кровохарканья у 75% больных, уменьшение кашля отметило 55% больных, уменьшение одышки – 47% больных, имевших данные симптомы. Положительная рентгенологическая динамика в виде разрешения ателектаза и устранения вентиляционных нарушений отмечалась в 84% случаев. Спирометрия до и после процедуры ФДТ проводилась 14 больным с опухолевой обтурацией крупных бронхов. У 4 больных с опухолевым стенозом главного бронха увеличение жизненной емкости легких после процедуры ФДТ составляло от 6 до 33% (в среднем 20%), у 8 больных при обтурации долевого бронха от 3 до 9% (в среднем 6%). В ходе исследования выявлено, что фотодинамическая терапия с фотосенсибилизаторами хлоринового ряда обладает высокой клинической эффективностью. Непосредственные результаты ФДТ с использованием Фотолона и Фотодитазина сравнимы с результатами использования фотосенсибилизаторов первого поколения, препараты безопасны в применении, не обладают выраженной кожной фототоксичностью. Использование данного подхода позволит улучшить результаты комбинированного лечения центрального рака легкого.

ПЕРВИЧНЫЕ ОПУХОЛИ СЕРДЦА

Константинов Б.А., Нечаенко М.А.

ГУ Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского РАМН; Москва, Россия

С 1962 г. по 2008 г. накоплен опыт хирургического лечения 298 больных с первичными опухолями сердца (243), объёмными образованиями сердца псевдоопухолевого (42) или морфологически неидентифицированного (13) генеза. Доброкачественные новообразования (90,9%) были представлены миксомами, папиллярными фиброэластомами, рабдомиомами, фибромами, липомами, гемангиомой, невриномой, параганглиомой, а злокачественные (9,1%) – различными видами сарком.

Общая периоперационная летальность составила 4,8% случаев, в течение последних 10 лет она снижена до 1,2%. Наибольшие успехи достигнуты при лечении больных с миксомами эндокарда (83,1%). Выявлено, что их сочетание с миксомным синдромом предопределяет возможность семейной формы заболевания с аутосомно-доминантным типом наследования, повышенный риск истинных рецидивов миксом или их первичномножественный отсроченный во времени рост. Своевременная диагностика этого многокомпонентного симптомокомплекса имеет важное прогностическое значение. Успех лечения при рабдомиомах сердца (2,4%) может быть ограничен их большими размерами и трудностью определения границ этих новообразований. Оценка анатомо-топографических взаимоотношений структур сердца и рабдомиом позволяет избежать эксплоративных вмешательств и объективизировать возможность реконструкции поражённой камеры синтетической заплатой (2 наблюдения). Необходимо также учитывать возможность полной спонтанной регрессии рабдомиом, наступившей у одного из наших больных через 13,5 лет после эксплоративного вмешательства. Наименее успешным было хирургическое лечение при злокачественных опухолях сердца (9,1%). В тех 12 наблюдениях, в которых удавалось выполнить удаление неоплазм, через 5–16 месяцев после первичной операции наступала смерть от обширного метастазирования в лёгкие, головной мозг и/или спинной мозг.

В настоящее время хирургическое лечение больных с первичными опухолями сердца находится за рамками клинической казуистики, а дальнейшее улучшение его ближайших и отдалённых результатов зависит в основном от более ранней диагностики, а при злокачественных новообразованиях от внедрения в подобных случаях эндомиокардиальной биопсии под эхокардиографическим контролем и обоснованного использования трансплантации сердца.

РЕКОНСТРУКЦИЯ РЕБЕРНОГО КАРКАСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЕТКИ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА, ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ

Жеравин А.А., Гюнтер В.Э., Гарбуков Е.Ю., Жамгарян Г.С.

ТНЦ СО РАМН ГУ НИИ онкологии; Томск, Россия

Цель исследования. Расширение возможности комбинированного лечения и улучшение качества жизни больных с рецидивными местнораспространёнными злокачественными новообразованиями грудной стенки.

В отделении общей онкологии выполнена одномоментная реконструкция пострезекционных дефектов грудной стенки с использованием сетки из никелида титана (NiTi) троим пациентам. Возраст больных 67, 33 и 37 лет. У всех больных опухолевый процесс был рецидивным после ранее проведенного комбинированного лечения (операция, дистанционная гамма-терапия, химиотерапия). Морфологические варианты – рак кожи, злокачественная фиброзная гистиоцитома,

остеогенная саркома. Локализация – передне-верхние отделы грудной стенки. Инфильтрация кожи имелась в 2 случаях, раковая язва 15x8 см в одном. Удаление опухоли выполнено в объеме широкой окончатой резекции грудной стенки, с удалением ½ грудины и передних отрезков заинтересованных ребер. Размеры дефекта реберного каркаса составили от 12x8 см до 15x10 см. Восстановление целостности каркаса осуществлялось сеткой из никелид-титановой пористой нити 60 микрон, с размером ячеек 120 микрон, в 2 случаях для придания дополнительной жесткости устанавливалась NiTi пластина с заданной кривизной. Пластика дефекта мягких тканей (максимальный размер 25x15 см) осуществлялась перемещенным и в одном случае свободным торакодorzальным лоскутом. В раннем послеоперационном периоде признаков вентиляционной недостаточности не отмечено. Больные переводились на спонтанное дыхание в обычные сроки. Заживление послеоперационной раны у всех больных – первичным натяжением. Срок наблюдения больных 2, 3 и 4 мес. Проведение спирографии через 3 недели после операции вентиляционных нарушений не выявило. Клинически при спокойном дыхании патологической экскурсии грудной стенки в месте пластики не определяется.

Таким образом, применение комбинированной пластики обширных пострезекционных дефектов грудной стенки с использованием сетки из никелида титана и кожно-фасциальных лоскутов с осевым типом кровоснабжения, позволяет проводить специальное лечение при рецидивных местнораспространенных злокачественных новообразованиях грудной стенки с хорошим функциональным результатом.

ПРОБЛЕМА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛЕГКИХ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОБШИРНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ОСТРОЙ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ.

Ломидзе С.В., Нежаев И.В., Сытов А.В., Свиридова СЛ.

ГУ Российский онкологический научный центр им. н.н. Блохина Р АМН; Москва, Москва

В последние годы 20% пациентов ОРИТ ГУ РОНЦ или в среднем около 300 больных в год переносят острую массивную кровопотерю (60700% ОЦК) во время расширенных комбинированных хирургических вмешательств по поводу местнораспространенных форм злокачественных опухолей с удалением или резекцией более 4 смежных органов. Эти операции включают выполнение расширенной лимфодиссекции в брюшной и/или грудной полости. Причинами развития ОПЛ/ОРДС у рассматриваемой категории больных могут являться: геморрагический шок (ГШ), острый синдром двс, массивная трансфузия и инфузия, массивная операционная травма, а также нарушение лимфатического оттока при выполнении расширенной лимфодиссекции. Анализ течения раннего послеоперационного периода у 208 больных показал, что наибольшую значимость в патогенезе у данной категории больных представляют следующие факторы риска: операционная травма и расширенная лимфодиссекция в грудной полости; геморрагический шок с периодом применения кардиовазотоников более 8 ч; избыточное накопление жидкости в организме к концу операционных суток. Безопасный объем избытка жидкости в конце операционных суток у больных, перенесших обширную внутрибрюшную хирургическую травму, ОМИК и ГШ с периодом применения кардиовазотоников не более 4 ч не превышает 0 мл/кг, а у пациентов, перенесших хирургическую травму + лимфодиссекцию в грудной полости и ОМИК – 20 мл/кг. При этом, как правило, после оперативного вмешательства, у больных определяем низкие значения коллоидноосмотического давления (КОД) плазмы крови (не более 20–22 мм рт ст). При определении тактики ведения исследованной категории больных в первые часы после оперативного вмешательства необходимо обязательно учитывать избыток жидкости после операции и уровень КОД. Не допускать увеличения избытка жидкости выше указанных пределов и назначать инфузионную терапию в ОРИТ, способствующую повышению КОД.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ УСТРАНЕНИИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Трофимов Е.И., Ли А.Г., Алиев А.А.

ГУ РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского РАМН; Москва, Россия

Отдел восстановительной микрохирургии ГУ РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского РАМН имеет большой опыт микрохирургической аутотрансплантации свободных ревааскуляризуемых и ротационных лоскутов с осевым кровообращением в лечении различного рода обширных дефектов и деформаций после онкологических заболеваний различной локализации.

Обследованы и оперированы 54 пациента, которым были выполнены реконструктивные операции по поводу различных дефектов и деформаций мягких тканей грудной клетки после лечения онкологических заболеваний. Возраст пациентов от 22 до 72 лет, средний возраст 47 лет. Всех пациентов мы разделили на 2 группы.

Первую группу представили пациенты, перенесшие реконструкцию груди после хирургического лечения новообразований молочных желез – 83,4% (45).

Вторую группу составили пациенты, которые были оперированы по поводу устранения лучевых язв, возникших в результате лучевой терапии новообразований грудной клетки 16,6% (9). Из них 7 пациентов были после лучевой терапии новообразований молочных желез и 2 пациента после облучения новообразований грудной клетки (тимомы, сирингомиелия).

У пациентов первой группы для реконструкции груди были использованы: TRAM-лоскут (26), торакодorzальный лоскут (ТДЛ) (19) и лоскут из широчайшей мышцы спины (ШМС) (2). В 43 наблюдениях лоскут полностью прижил. В 2 наблюдениях были выполнены повторные реконструктивные операции: 1) частичный некроз TRAM-лоскута и закрытие дефекта ТДЛ лоскутом; 2) частичный некроз ТДЛ и закрытие дефекта TRAM-лоскутом.

У пациентов второй группы при устранении обширных дефектов и деформаций мягких тканей грудной клетки были использованы TRAM-лоскут (4), ТДЛ (5), большой сальник (5), прямая мышца живота (1), двуглавая мышца плеча (1). В 3 наблюдениях лоскут полностью прижил, в 6 наблюдениях были выполнены повторные реконструктивные операции: 1) частичный некроз TRAM-лоскута и закрытие дефекта ТДЛ лоскутом; 2) частичный некроз ТДЛ и закрытие дефекта TRAM-лоскутом; 3) полный некроз большого сальника и закрытие дефекта ТДЛ; 4) частичный некроз TRAM-лоскута и закрытие дефекта перемещенным большим сальником; 5) частичный некроз ТДЛ, большого сальника и закрытие дефекта TRAM-лоскутом; 6) частичный некроз двуглавой мышцы плеча и закрытие дефекта свободной прямой мышцей живота с аутодермопластикой.

Из выполненных 54 реконструктивных операций в 85,2% (46) наблюдений лоскуты прижили, в 14,8% (8) наблюдений выполнены повторные реконструктивные операции.

Таким образом, использование метода аутотрансплантации тканей для устранения обширных дефектов мягких тканей грудной клетки на сегодняшний день является наиболее результативным и перспективным в функциональном и эстетическом аспекте, при этом оставаясь методом выбора.

МЕТОД РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАЗОВ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК

Каганов О.И., Козлов С.В., Хурнин В.Н., Савинков В.Г., Ляс Н.В., Малошевицер М.Д., Тюлюсов А.М., Мешков А.В.

Самарский областной клинический онкологический диспансер; Самара, Россия.

Цель. Оценка результатов лечения пациентов с колоректальными метастазами (МТС) легких с применением метода радиочастотной абляции (РЧА).

За период с 2005 по 2007 годы было выполнено 20 операций РЧА МТС легких при колоректальном раке с использованием аппарата Cooltip, Radionics. РЧА проводилась при торакотомиях и торакоскопических операциях под контролем УЗИ с использованием линейного и эндоскопического датчика при открытых и торакоскопических операциях соответственно. Показаниями для РЧА злокачественного новообразования легкого были: МТС легких при удаленном первичном очаге – одно образование в легком до 5 см в диаметре или до 3 образований по 3 см в диаметре каждое. Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения больных с метастазами в легкие двух групп: в 1 группе пациентам выполнялась лобэктомию (n=34) и во 2 группе – РЧА (n=34). Статистическая обработка данных производилась с применением критерия Манна-Уитни, двустороннего варианта точного критерия Фишера, метода Каплана-Мейера.

Частота послеоперационных осложнений во 2 группе была в 2 раза ниже, чем после лобэктомию. Применение метода РЧА позволило статистически значимо уменьшить объем кровопотери (1 группа – 299,71±6,51 мл, 2 группа – 84,00±6,90 мл, p=0,000), и сократить сроки стационарного лечения в послеоперационном периоде до 8,85±0,25 дней, в сравнении с лобэктомией – 15,62±0,25 день (p=0,000).

Диспансерное наблюдение больных каждой группы проводилось в течение 2 лет с выполнением КТ легких, УЗИ брюшной полости исследованием иммуномаркеров. Рецидивы в области РЧА воздействия возникли в 10,00±6,88 случаев. Двухлетняя выживаемость пациентов после лобэктомию составила 76,47±7,38%, а после РЧА – 80,00±8,90% случаев (p=0,707).

Методика РЧА МТС легких является малоинвазивной, органосохраняющей. Ее применение позволяет снизить процент послеоперационных осложнений, сократить средний койко-день и улучшить показатели двухлетней выживаемости.

ВИХРЕВОЕ МАГНИТНОЕ ПОЛЕ И ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ КЛЕТОК РАКА ЛЕГКОГО

Бодня В.Н., Бахмутский Н.Г.

Кафедра онкологии с курсом торакальной хирургии ФПК и ППС, Кубанский государственный медицинский университет; Краснодар, Россия

Цель. Оценка пролиферативной активности клеток рака легкого (РЛ), культивируемых в диффузионных камерах (ДК), как основного показателя противоопухолевого влияния вихревого магнитного поля (ВМП).

Материалы и методы. Изучение влияния ВМП на опухолевые клетки провели на 80 крысах-самках линии Wistar, возрастом 16 недель. Использовали метод культивирования в ДК. Кусочки опухолей РЛ получали из биоптатов или операционного материала больных (плоскоклеточный рак). Опухолевую ткань измельчали до получения стандартных кусочков, их размещали в ДК на мембранном фильтре «Миллипор» с диаметром пор 0,22 мкм. Под гексеналовым наркозом осуществляли имплантацию ДК в брюшную полость животным. Через сутки после операции животных опытной группы подвергали воздействию ВМП, генерируемым установкой «Магнитотурботрон» при частоте 100 Гц, индукции магнитного поля в 3 мТ и продолжительностью одноразового воздействия 180 мин. Длительность воздействия была равна 10 суткам. Забой животных производили на 11 сутки под эфирным наркозом. Опухолевые клетки после демонтажа диффузионных камер вместе с подложками фильтром фиксировали в спирт-формоле в течение 20 мин., окрашивали в течение 15 мин гематоксилином Караччи, проводили через спирты возрастающей концентрации, просветляли в ксилоле и заключали в канадский бальзам, получая тотальные цитологические препараты. Для оценки ПА опухолевых клеток, использовали такие показатели, как индекс эффективности сфероидообразования (ИЭС) и митотический индекс (МИ). Митозы делили на нормальные и патологические. Патологические были развиты по спектру.

Результаты. Подсчёт сфероидов на фильтре и его среднее значение было меньше в опытной группе, чем в контрольной. Если среднее значение числа сфероидов в контроле было равно – 26,17±0,42, то в опыте достоверно снижалась до 11,42±0,21 (p<0,05), а ИЭС был равен 56,4%.

Установлено, что МИ клеток РЛ достоверно снижается при воздействии ВМП. Так, в клетках РЛ, подвергавшихся воздействию на 11ые сутки культивирования он был равен 19,68±2,59% при его значении в 24,31±3,97% – в контроле (p < 0,05). Отмечено увеличение процентного содержания патологических митозов в опыте. Так, при воздействии ВМП нормальные митозы составляли 8,03±0,32%, в контроле – 22,08±1,09%. Патологические митозы, соответственно, встречались чаще в опыте и были отмечены в 91,97±0,32%, при 77,92±1,09% – в контроле. Исследуя соотношение фаз митозов, нужно отметить, что в клетках, подвергавшихся воздействию, отмечено преобладание метафаз над профазы и другими формами митозов. Так в контрольной группе профазы составляли 25,66±1,23%, в опыте отмечалось их снижение до 11,12 ± 1,14%, при нарастании процентного содержания в опыте метафаз (метафазы в контроле – 38,18±4,11%, в опыте – 62,03±7,23%). Соответственно, снижалось процентное содержание анафаз и телофаз в опытной группе.

Было отмечено, что при воздействии ВМП меняется спектр патологических митозов в сторону преобладания патологии митоза, связанной с повреждением митотического аппарата. Так возрастают такие формы митоза, как отставание хромосом и их фрагментов в метафазе (контроль – 0%, опыт – 2,4%, p<0,05), мосты (контроль – 0,88%, опыт – 2,69%, p<0,05), рассеивание хромосом и их фрагментов (контроль – 18,47%, опыт – 26,21%, p<0,05), Кмитоз (контроль – 10,12%, опыт – 19,54%, p<0,05).

Заключение. В исследованиях, проведенных ранее в КГМУ, показано, что ВМП, генерируемое установкой «Магнитотурботрон» обладает противоопухолевой эффективностью в эксперименте и клинике. В опухолях больных, подвергавшихся предоперационному лечению ВМП, отмечены изменения, характеризующиеся как лечебный патоморфоз.

Известно, что противоопухолевое влияние (как и проопухолевое) слабых магнитных полей, а также низкоинтенсивных электромагнитных излучений других частотных диапазонов имеет опосредованный характер и реализуется, прежде всего, через изменения состояния различных регуляторных систем организма. Вопрос о возможности осуществления наряду с опосредованным действием слабого магнитного поля также и его непосредственного противоопухолевого влияния на опухолевые клетки остаётся открытым [Шихлярова А.И., 1992].

Наши исследования указывают на то, что ВМП угнетает рост клеток РЛ, культивируемых в ДК. ВМП ингибирует процессы сфероидообразования клетками РЛ, о чём свидетельствует положительное значение ИЭС. Пролиферативная активность клеток РЛ при воздействии ВМП снижается, о чём свидетельствует достоверное уменьшение МИ. При воздействии ВМП в митотическом цикле изменяется соотношение фаз митозов в сторону преобладания метафаз. Воздействие ВМП ведёт к достоверному нарастанию числа патологических митозов, а в их спектре преобладает патология митоза, связанная с повреждением митотического аппарата.

АПОПТОЗ КЛЕТОК РАКА ЛЁГКОГО ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ВИХРЕВОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ

Бодня В.Н., Бахмутский Н.Г.

*Кафедра онкологии с курсом торакальной хирургии ФПК и ППС,
Кубанский государственный медицинский университет; Краснодар, Россия*

Цель. Оценка апоптоза клеток рака лёгкого (РЛ), культивируемых в диффузионных камерах (ДК), как показателя противоопухолевого влияния вихревого магнитного поля (ВМП).

Материалы и методы. Использовали метод культивирования клеток РЛ в ДК кусочком опухолей, полученных из операционного материала больных. Морфологический тип опухоли – плоскоклеточный. При монтаже ДК применяли фильтры «Миллипор» с диаметром пор 0,22 мкм. Под гексеналевым наркозом осуществляли имплантацию ДК в брюшную полость животным. Животных опытной группы подвергали воздействию ВМП, генерируемым установкой «Магнитотурбон» – 180 мин, 10 суток. На фильтре получали цитологические препараты. Для идентификации апоптоза использовали световую микроскопию, при этом клетки теряли контакт друг с другом, были с эозинофильной цитоплазмой, с извилистой формой ядра, с выпячиваниями, блеббингами, с конденсацией и выраженным уплотнением хроматина и агрегацией его плотных масс по периферии ядра с последующей фрагментацией и образованием апоптотных телец. Подсчитывали среднее количество клеток, имеющих признаки апоптоза в 30 случайно выбранных полях зрения при 400 кратном увеличении с дальнейшим расчётом апоптотного индекса (АИ).

Результаты. При изучении апоптоза в опухолевых клетках РЛ было отмечено, что клетки в состоянии апоптоза встречались, как в опытной группе, так и в контрольной, но их число было значительно больше в опыте. Так АИ в контроле был равен $0,78 \pm 0,11\%$, а в опыте достоверно увеличивался до $4,97 \pm 0,47\%$ ($p < 0,05$). Больше клеток в состоянии апоптоза было отмечено по периферии сфероидов и по краю трансплантата.

Заключение. ВМП, генерируемое установкой «Магнитотурботрон» индуцирует апоптоз в клетках РЛ, культивируемых в ДК. В современной онкологии методы лечения, ориентированные на индукцию апоптоза в опухолевых клетках, с параллельным ингибированием их пролиферативной активности, о чём нами сказано являются источником больших надежд на эффект в лечении. Метод лечения злокачественных опухолей ВМП, разработан в КГМУ.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Старинский В.В., Трахтенберг А.Х., Мамонтов А.С., Данилова Т.В.

ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена «Росмедтехнологий», Москва

Злокачественные новообразования трахеи, бронхов, легкого занимают первое место в структуре заболеваемости населения России злокачественными новообразованиями В.И. Чиссов, В.В. Старинский (с соавт.). Абсолютное число больных с впервые в жизни установленным диагнозом рака легкого составило в 2006 году в России 53 670 человек. «Грубый» показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями трахеи, бронхов, легкого на 100 000 населения составил 40,6. Отмечается убыль «грубого» показателя заболеваемости мужского и женского населения на протяжении 1996–2006 гг. на 9,66%. Из числа больных раком трахеи, бронхов, легкого 25,6% пациентов имели I–II стадии заболевания. При этом у 33,8% больных диагностирована III стадия заболевания. Удельный вес больных с опухолевым процессом IV стадии составил 34,7%. Удельный вес больных с неустановленной стадией рака – 5,9%. Летальность на первом году с момента установления диагноза составила 56,0%, активная выявляемость – 19,3%. На конец отчетного 2006 года контингент больных данной патологией, состоявших на учете в онкологических учреждениях, составил 113 742 человек, из них 41 523 пациентов излечены и наблюдаются 5 лет и более.

Факторами риска в возникновении рака легкого считают: хронические воспалительные заболевания легких, существенная роль отводится факторам окружающей среды (загрязнение атмосферы канцерогенами), в том числе продуктам табакокурения, профессиональным вредностям (контакт с асбестом, бериллием, ураном или радоном).

Ранняя диагностика рака легкого, прежде всего, зависит от онкологической настороженности врачей общей практики и их знаний, дальнейшей тактики в отношении больного. С учетом онкоэпидемиологической ситуации в стране первоочередной задачей врача общей практики на всех этапах контакта с пациентом является максимальное проявление онкологической настороженности, соблюдение и проведение в жизнь принципов онкологического скрининга для данной патологии (Л.Е. Денисов). Это, прежде всего: диспансерное наблюдение за больными с хронической легочной патологией, курильщиками, длительно текущими и неподдающимися лечению хроническими пневмониями, даже при использовании современных антибиотиков широкого спектра действия. Важным моментом является использование современной цифровой флюорографии на этапах онкоскрининга легочной патологии у лиц старше 45 лет, а на этапах уточняющей диагностики – компьютерной томографии и фибробронхоскопии.

При разработке и реализации национальной программы РФ по здравоохранению считаем полезным проведение ежегодных конференций (семинаров) для врачей общей практики, посвященных формированию групп «повышенного онкориска». При выявлении у больного клинических признаков предрака организовывать и проводить дифференциальную диагностику, определять тактику лечения и наблюдения для ранней диагностики рака легкого. Проводить разбор наиболее типичных

ошибок по каждому случаю при распознавании злокачественных опухолей легкого у больных с впервые в жизни установленным диагнозом в IV стадии. Обязательно анализировать «Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественных новообразований» (ф. № 0272/У).

Высокие показатели заболеваемости, смертности, одноклочной летальности, неудовлетворительное состояние диагностики, низкое качество учета больных раком легкого во многих территориях России свидетельствуют о необходимости разработки и проведения мероприятий по организации профилактики и лечебно-диагностической помощи данной группе больных.

ПРОГНОЗ ПЕРВИЧНОЙ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВА КУЛЬТЫ ГЛАВНОГО БРОНХА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ

Дуглав Е.А., Бурмистров М.В., Сигал Р.Е.

Республиканский онкологический диспансер; Казань, Россия

Цель исследования. Улучшение результатов прогнозирования первичной несостоятельности шва культи главного бронха (ПНШКГБ) у больных, перенесших пневмонэктомию. **Материалы и методы:** проведен анализ результатов 198 пневмонэктомий. ПНШКГБ развилась у 16 больных (8,1%) в период от 5 до 15 суток после операции. В данной группе (198 больных) изучались факторы, влияющие на развитие ПНШКГБ. Для уточнения прогнозирования ПНШКГБ нами применялся фотометрический аппарат, позволяющий измерить абсолютную величину пульсового кровотока (ПК) под контролем фибробронхоскопа в медиальном, среднем и латеральном участках культи главного бронха (КГБ) по ходу шовной линии в раннем послеоперационном периоде. Измерения ПК были произведены у 97 больных из 198. Результаты. Анализ факторов у 198 больных показал, что правосторонняя пневмонэктомия, распад опухоли, степень эндобронхита, анемия, гипопротеинемия, степень обструкции бронхиального дерева, лимфаденэктомия, комбинированная операция, инвазия опухоли в стенку главного бронха, наличие кровохарканья и кровотечения, сопутствующая пневмония, длина КГБ влияют на развитие ПНШКГБ. Каждому из факторов был определен коэффициент с количественной характеристикой. Из суммы коэффициентов складывался индекс риска, по которому можно прогнозировать ПНШКГБ с точностью 76,56%. Измерения ПК были произведены у 97 больных, из которых у 10 (10,3%) развилась ПНШКГБ. Показания фотоплетизмографа равные или менее 3 мм в средней части шва КГБ наблюдались у 8 (80%) из 10 больных с развитием ПНШКГБ. У 87 больных (89,7%) без развития ПНШКГБ по показанию фотоплетизмографа несостоятельность прогнозировалась лишь у 1 пациента (1,15%). Экспериментально установлено, что точность определения развития ПНШКГБ по показаниям фотоплетизмографа составляет 79,08 %. Таким образом, при оценке вероятности развития ПНШКГБ можно руководствоваться двумя показателями: индексом риска ПНШКГБ и показаниями амплитуд ПК. При этом оценка вероятности развития ПНШКГБ по показаниям ПК является более достоверной, чем оценка индексом риска ПНШКГБ. **Выводы:** 1) Определены факторы риска развития ПНШКГБ у больных, перенесших пневмонэктомию. 2) Разработан способ эндоскопического контроля ПК КГБ в раннем послеоперационном периоде у больных, перенесших пневмонэктомию. 3) Создана прогностическая математическая интегральная модель развития ПНШКГБ с учетом факторов риска и данных эндоскопической фотометрии.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЛЕГКОГО

Харченко В.П., Чхиквадзе В.Д., Панышин Г.А., Гваришвили А.А., Альбеков Р.З., Авилов О.Н.

ФГУ Российский научный центр рентгенорадиологии Росмедтехнологий, Москва, Россия

Неудовлетворительные результаты лечения больных раком легкого наряду с высокой заболеваемостью является одной из главных проблем клинической онкологии. Наряду с поздней диагностикой причиной неудач в лечении рака легкого является наличие субклинических отдаленных метастазов к моменту проведения «радикального» лечения. В отдаленные сроки после лечения они приводят к прогрессированию заболевания и смерти больного. В РНЦРР на протяжении многих десятилетий ведутся разработки различных методов хирургического и комбинированного лечения рака легкого. Имеется опыт лечения более 8 тысяч больных. Хирургическое и комбинированное лечение проведено у 3452 больных. Применение комбинированного (хирургического и лучевого) метода намного улучшили результаты лечения местно распространенного рака легкого. Оно оказалось эффективным у больных с метастазами в регионарные лимфатические узлы и при проведении в послеоперационном периоде. Однако оно не повлияло на частоту отдаленного гематогенного метастазирования. Поэтому дальнейшее развитие лечения рака легкого должно быть направлено на включение в комбинированный метод системного воздействия на организм больного.

Проводятся рандомизированные исследования по применению химиотерапии в комбинации с хирургическим и лучевым лечением. Второй не менее важной проблемой является пожилой и старческий возраст больных раком легкого, сопутствующие заболевания и низкие функциональные резервы к моменту выявления заболевания, которые часто являются противопоказанием к проведению наиболее радикального, хирургического лечения. Внедрение реконструктивных органосохраняющих операций на бронхах и бифуркации трахеи позволяют намного снизить остроту этой проблемы. Для больных раком легкого, страдающих ишемической болезнью сердца, проведение в предоперационном периоде коронарографии и при необходимости стентирования сосудов сердца позволяет повысить функциональную операбельность и снизить риск развития послеоперационных сердечных осложнений.

Реконструктивные операции на бронхах и бифуркации трахеи выполнены у 1418 больных раком легкого в сочетании с пневмонэктомией, лоб-, билобэктомией и сегментарными и полисегментарными резекциями легкого. Совершенствование на протяжении многих десятилетий реконструктивных операций позволило снизить послеоперационные осложнения у больных раком легкого до 5%, летальность ниже 1 %. Поэтому удельный вес резекций легкого с реконструкцией трахеи и бронхов высок при лечении больных раком легкого и они позволяют лечить неоперабельных больных как по распространенности опухоли на главный бронх и бифуркацию трахеи, так и при по функциональным показателям.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЛЕГКОГО

Кутуков В.В., Оганесян Ю.В., Газиев М.А., Служко Л.В.

ГОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия,

ГУЗ Астраханский областной онкологический диспансер. Астрахань, Россия

У значительной части больных рак легкого выявляется на поздних стадиях заболевания, что вызывает определенные трудности в выборе тактики лечения.

Цель. Улучшение результатов лечения рака легкого применением расширенных и комбинированных операций при местнораспространенном злокачественном процессе.

Материал и методы. Под нашим наблюдением за 2006-2007 год находился 281 больной с установленным злокачественным заболеванием легких, средостения и плевры. Оперативное лечение по поводу рака легких проведено у 108 человек (38,4%). У 29 пациентов (26,9%) выполнены радикальные органосохраняющие операции: лоб- и билобэктомии. Пульмонэктомия произведена 32 больным (29,6%), из них в III-IV стадии заболевания – 17 человек. В связи с вовлечением в процесс соседних органов и структур у 27 больных (25,0%) выполнены расширенные и комбинированные пульмонэктомии с резекцией соседних органов и лимфодиссекцией средостения. В остальных случаях произведены паллиативные и симптоматические операции при значительной распространенности процесса.

Результаты. Отдаленные результаты резекций перикарда, грудной стенки и магистральных сосудов показывают, что средняя продолжительность жизни этих больных выше по сравнению с не оперированными больными. Частота и характер осложнений зависят от объема оперативного вмешательства. Основными осложнениями, возникшими после пульмонэктомии и ее вариантов, были сердечнососудистая недостаточность, бронхиальные свищи и эмпиемы плевры. Среди осложнений, наблюдающихся после лобэктомии и билобэктомии, преобладали пневмония и ателектаз на стороне операции. Из оперированных 108 больных послеоперационные осложнения развились в 11 случаях (10,2%). Послеоперационная летальность составила 3,7% (4 человека), в том числе после расширенных и комбинированных пульмонэктомий – 2 больных (1,8%). После лобэктомии и ее вариантов летальных исходов не было. Послеоперационные осложнения и летальность наблюдались в поздних стадиях заболевания и у больных старше 60 лет. Остается относительно стабильным показатель послеоперационных осложнений при лобэктомии и ее вариантах.

Заключение. Хирургический метод является основным и позволяет более эффективно применять методы адъювантной противоопухолевой терапии. Хирургическое вмешательство может быть оправдано большей продолжительностью жизни и устранением симптомов осложнений у больных раком легкого III-IV стадий, что оправдывает относительно высокие показатели летальности и частоты осложнений у этой категории больных.