

ОНКОХИРУРГИЯ ONCOSURGERY

ПРИЛОЖЕНИЕ №1

**МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ**

ОНКОХИРУРГИЯ-2010

«В БУДУЩЕЕ ЧЕРЕЗ НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ»

31 МАЯ - 02 ИЮНЯ, 2010

SUPPLEMENT №1

**INTERNATIONAL CANCER
SCIENTIFIC & EDUCATIONAL FORUM**

ONCOSURGERY-2010

TO THE FUTURE WITH NEW TECHNOLOGIES

MAY 31 – JUNE 02, 2010



Издательство
«Инфомедиа Пабlishерз»

2010

ONCOSURGERY

issue 2008

ОНКОХИРУРГИЯ

издается с 2008 года

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 Академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор

ЗАМГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

И.В. Решетов Член-корр. РАМН, доктор медицинских наук, профессор
 В.А. Кубышкин Член-корр. РАМН, доктор медицинских наук, профессор

РЕДКОЛЛЕГИЯ:

М.Д. Алиев Академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор
 Ю.Ю. Андреева кандидат медицинских наук
 Б.А. Бердов доктор медицинских наук, профессор
 А.В. Бутенко доктор медицинских наук, профессор
 Л.З. Вельшер доктор медицинских наук, профессор
 Н.Н. Волченко доктор медицинских наук, профессор
 Д.А. Гранов доктор медицинских наук, профессор
 В.Ф. Касаткин Член-корр. РАМН, доктор медицинских наук, профессор
 Е.П. Куликов доктор медицинских наук, профессор
 О.В. Пикин (секретарь) доктор медицинских наук
 В.А. Порханов доктор медицинских наук, профессор
 А.Ф. Романчишен доктор медицинских наук, профессор
 Ю.С. Сидоренко Академик РАМН, РАН, доктор медицинских наук, профессор
 В.Ю. Скоропад доктор медицинских наук
 И.С. Стилиди Член-корр. РАМН, доктор медицинских наук, профессор
 А.В. Фёдоров доктор медицинских наук, профессор
 В.П. Харченко Академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор
 В.А. Черехаев доктор медицинских наук, профессор
 Е.Ц. Чойнзонзов Член-корр. РАМН, доктор медицинских наук, профессор
 А.А. Шелеско (секретарь) кандидат медицинских наук
 Ю.А. Шельгин доктор медицинских наук, профессор
 А.В. Чжао доктор медицинских наук, профессор

РЕДСОВЕТ:

А.А. Вишневский д.м.н., профессор
 Г.И. Воробьёв Академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор
 В.В. Дворниченко доктор медицинских наук, профессор
 А.Г. Зирин доктор медицинских наук,
 А.Н. Коновалов Академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор
 Н.О. Миланов Академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор
 В.М. Моисеенко доктор медицинских наук, профессор
 Г.А. Новиков доктор медицинских наук, профессор
 О.А. Орлов доктор медицинских наук, профессор
 Н.А. Осипова доктор медицинских наук, профессор
 И.Г. Русаков доктор медицинских наук, профессор
 С.А. Седых доктор медицинских наук, профессор
 В.Ф. Семиглазов Член-корр. РАМН, доктор медицинских наук, профессор
 А.В. Черниченко доктор медицинских наук, профессор
 Е.В. Филоненко доктор медицинских наук, профессор

ИНОСТРАННЫЕ ЧЛЕНЫ РЕДКОЛЛЕГИИ:

V. Anikin Великобритания
 M. Auersperg Словения
 G. dosSantos Португалия
 N.O. Higgins Ирландия
 I. Kott Израиль
 M. Moraes Бразилия
 D.L. Morton США
 V. Parisi Италия
 M. Ramli Индонезия
 F. Rochard Франция
 J. Shah, США
 H.Shukla Индия
 K.V. Smitten Финляндия
 M.G. Smola Австрия
 W. Temple Канада
 Г.В. Бондарь Украина
 И.В. Залуцкий Белоруссия

FOUNDERS:

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

EDITOR-IN-CHIEF:

V.I. Chissov Academician of RAMS, doctor of medical sciences, professor

DEPUTY OF THE EDITOR-IN-CHIEF:

I.V. Reshetov Corresponding member of RAMS, doctor of medical sciences, professor
 V.A. Kubyskhin Corresponding member of RAMS, doctor of medical sciences, professor

EDITORIAL STAFF:

M.D. Aliev Academician of RAMS, doctor of medical sciences, professor
 Y.Y. Andreeva candidate of medical sciences
 B.A. Berdov doctor of medical sciences, professor
 A.V. Butenko doctor of medical sciences, professor
 L.Z. Velsheer doctor of medical sciences, professor
 N.N. Volchenko doctor of medical sciences, professor
 D.A. Granov doctor of medical sciences, professor
 V.F. Kasatkin Corresponding member of RAMS, doctor of medical sciences, professor
 E.P. Kulikov doctor of medical sciences, professor
 O.V. Pikin doctor of medical sciences
 V.A. Porkhanov doctor of medical sciences, professor
 A.F. Romanchishen doctor of medical sciences, professor
 Y.S. Sidorenko Academician of RAMS, doctor of medical sciences, professor
 V.Y. Skoropad doctor of medical sciences
 I.S. Stilidi Corresponding member of RAMS, doctor of medical sciences, professor
 A.V. Fedorov doctor of medical sciences, professor
 V.P. Kharchenko Academician of RAMS, doctor of medical sciences, professor
 V.A. Cherekaev doctor of medical sciences, professor
 E.C. Choinzonov Corresponding member of RAMS, doctor of medical sciences, professor
 A.A. Shellesko candidate of medical sciences
 Y.A. Shelygin doctor of medical sciences, professor
 A.V. Chzhao doctor of medical sciences, professor

EDITORIAL BOARD:

A.A. Vishnevsky doctor of medical sciences, professor
 G.I. Vorobiev Academician of RAMS, doctor of medical sciences, professor
 V.V. Dvornichenko doctor of medical sciences
 A.G. Zirin doctor of medical sciences
 A.N. Konovalov Academician of RAMS, doctor of medical sciences, professor
 N.O. Milanov Academician of RAMS, doctor of medical sciences, professor
 V.M. Moiseenko doctor of medical sciences, professor
 G.A. Novikov doctor of medical sciences, professor
 O.A. Orlov doctor of medical sciences, professor
 N.A. Osipova doctor of medical sciences, professor
 I.G. Rusakov doctor of medical sciences, professor
 S.A. Sedykh doctor of medical sciences, professor
 V.F. Semiglazov Corresponding member of RAMS, doctor of medical sciences, professor
 A.V. Chernichenko doctor of medical sciences, professor
 E.V. Filonenko doctor of medical sciences, professor

MEMBERS OF THE EDITORIAL STAFF:

V. Anikin UK
 M. Auersperg Slovenia
 G. dosSantos Portugal
 N.O. Higgins Ireland
 I. Kott Israel
 M. Moraes Brazil
 D.L. Morton USA
 V. Parisi Italy
 M. Ramli Indonesia
 F. Rochard France
 J. Shah, USA
 H. Shukla India
 K.V. Smitten Finland
 M.G. Smola Austria
 W. Temple Canada
 G. Bondar Ukraine
 I. Zalutsky Byelorussia



ЛЕКЦИИ И ПРЕЗЕНТАЦИИ

| | |
|--|--|
| ПУТИ РАЗВИТИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ В ОНКОЛОГИИ... 16 <i>Чиссов Валерий Иванович Академик РАМН, профессор, заслуженный деятель науки, лауреат государственной премии РФ, лауреат премии правительства РФ, главный онколог Российской Федерации, директор ЦНИОИ им. П.А.Герцена</i> | ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ВНУТРИТАЗОВОЙ ХИМИОТЕРАПИИ С ГИПЕРТЕРМИЕЙ..... 95 <i>Алексеев М.В., Рыбаков Е.Г.</i> |
| АВТОМАТИЗАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ..... 23 | РЕЗУЛЬТАТЫ ГАСТРЭКТОМИИ И ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА..... 96 <i>Алиев С.А., Лабазанов М.М., Магомедов С.М.</i> |
| ВОЗМОЖНОСТИ УЗ-АБЛАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ..... 27 <i>Назаренко Г.И., Хитрова А.Н., Краснова Т.В., Кучин Г.А., Мельченко Д.С.</i> | РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ..... 96 <i>Альмяшев А.Э.</i> |
| PREOPERATIVE CHEMORADIATION FOR LOCALLY ADVANCED RECTAL CANCER 30 <i>Valerio PARISI</i> | ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДИСТАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА РЕКОНСТРУКЦИИ 96 <i>Амбарцумян Г.А., Варданян А.С.</i> |
| ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ПРИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО 33 <i>Лактионов К.К., Полоцкий Б.Е., Аллахвердиев А.К., Богатырев В.Н., Мехеда Л.В., Зборовская И.Б., Степанова Е.В., Давыдов М.И.</i> | РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ..... 97 <i>Арыбжанов Д.Т., Кулакеев О.К., Орманов Н.К., Сабуров А.Р.</i> |
| TITLE: HIGH INTENSITY FOCUSED ULTRASOUND (HIFU) THERAPY OF SOLID TUMORS 35 <i>Joo Ha Hwang, MD, PhD</i> | СПОСОБ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА С ПРИМЕНЕНИЕМ «АРЕСТА ЛИМФООБРАЩЕНИЯ» 97 <i>Арыбжанов Д.Т., Ганцев Ш.Х.* , Кулакеев О.К., Абдурахманов Б.А.</i> |
| NEOADJUVANT TREATMENT IN GASTRIC AND RECTAL ADVANCED CANCER 39 <i>Valerio Parisi</i> | МОДЕЛЬ ПРОГНОЗА ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА..... 98 <i>Афанасьев С.Г., Августинович А.В., Чернов В.И., Синилкин И.Г., Волков М.Ю.</i> |
| ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИКАНЕВОЙ ГИПЕРТЕРМИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ 49 <i>Московский Научно-Исследовательский Онкологический Институт им.П.А. Герцена</i> | ИНФОРМАТИВНОСТЬ НЕИНВАЗИВНЫХ ТЕСТОВ В ДИАГНОСТИКЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА..... 98 <i>Афанасьева З.А., Старостина М.А., Зинкевич О.Д., Сафина Н.А.</i> |
| CERVICAL CANCER TREATMENT..... 54 <i>Prof. Dr. med. Klaus Friese</i> | ПОЛИНЕОПЛАЗИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ..... 98 <i>Афанасьева З.А., Бакунин С.Ф., Петров С.В.</i> |
| NEW IMAGING TECHNOLOGIES IN NEURO-ONCOLOGY..... 55 <i>Andrei I. Holodny, M.D.</i> | УЗЛОВАЯ ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ 99 <i>Афанасьева З.А., Галева А.В., Бакунин С.Ф.</i> |
| IMPACT OF ADVANCES AND CONTROVERSIES IN BREAST CANCER MANAGEMENT ON RECONSTRUCTIVE APPROACHES..... 65 <i>Marek Dobke, M.D., Brian De Neve, M.B.A., Anne Wallace, M.D.</i> | СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ОТДАЛЕННЫХ СРОКАХ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ 99 <i>Афанасьева З.А., Сибгатуллина И.Ф., Федоренко М.В.</i> |
| TREATMENT OF RECTAL CANCER: LYMPHADENECTOMY 74 <i>Hari S Shukla, Professor Surgical Oncology</i> | ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНСУЛИНОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 99 <i>Афанасьева З.А., Тазиев Р.М., Петров С.В., Дружкова Н.Б.</i> |
| RECTUS ABDOMINIS MYO-CUTANEOUS FLAP REPAIR OF PERINEAL WOUND AFTER APR 78 <i>Hari S. Shukla, Professor Surgical Oncology,</i> | ДИАГНОСТИКА РАКА ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ 99 <i>Афанасьева Н.А., Красильников С.Э., Тархов А.В., Герасимов А.В., Бабаянц Е.В., Кулиджанян А.П., Сисакян В.Г.</i> |
| SURGICAL ASPECT OF THYROID CANCER 82 <i>Muchlis Ramli</i> | РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ..... 100 <i>Бахлаев И.Е., Новожилов В.Г., Скляров С.О., Ястребова А.В.</i> |
| SURGICAL TREATMENT OF RADIATION-ASSOCIATED CUTANEOUS BREAST ANGIOSARCOMA 1974-2009..... 92 <i>Lindford A., Bohling T., Vaalavirta L., Jankola T., Tukiainen E., v. Smitten K.</i> | МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫЙ РАК ПРЯМОЙ КИШКИ – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ 100 <i>Бердов Б.А., Ерыгин Д.В., Невольских А.А., Титова Л.Н., Юрченко С.Н.</i> |
| | СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ 100 <i>Бердов Б.А., Невольских А.А., Титова Л.Н.</i> |
| АБДОМИНАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЯ | РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПЕЧЕНИ И НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АБЛАЦИИ (HIFU), 100 <i>Бруслик С.В., Карпов О.Э., Ветшев П.С., Серебряник П.С., Слабожанкина Е.А., Судилова В.В.</i> |
| СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ АНАСТОМОЗА ПРИ БРЮШНО-АНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ РАКА НИЖНЕ-АМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ..... 95 <i>Александров И.И., Коньков Р.В., Дербенев С.Н.</i> | |

| | |
|--|---|
| ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ И РЕЦИДИВНЫХ НЕОРГАНИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА..... 101 <i>Вашакмадзе Л.А., Бутенко А.В., Черемисов В.В., Хомяков В.М.</i> | ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ИММУНОСУПРЕССИИ НА ЭТАПАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 105 <i>Донскова Ю.С., Немцова Е.Р.</i> |
| ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ВЫЖИВАЕМОСТИ И РЕЦИДИВИРОВАНИЯ НЕОРГАНИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА 101 <i>Вашакмадзе Л.А., Бутенко А.В., Черемисов В.В., Хомяков В.М.</i> | ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА..... 105 <i>Думанский Ю.В.* , Балашова О.И., Власенко Д.Л., Хоменко А.В.</i> |
| ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ IV СТАДИИ 101 <i>Вельшер Л.З., Маслов В.В., Решетов Д.Н., Никитюк Е.С.</i> | НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕРАПИИ РАННИХ, МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ И ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 106 <i>Ижанов М.Т., Кулакеев О.К., Мадалиходжаев Р.С.</i> |
| НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА 102 <i>Волков М.Ю., Афанасьев С.Г., Августинович А.В., Пак А.В.</i> | ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ МЕТАСТАЗОВ ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ..... 106 <i>Каганов О.И., Козлов С.В., Белоконов В.И.</i> |
| НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ 125 ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ ФОРМАХ ПЕРИАМПУЛЯРНОГО РАКА 102 <i>Восканян С.Э., Котенко К.В., Трофименко Ю.Г., Артемьев А.И., Забежинский Д.А.</i> | ВОЗМОЖНОСТИ ОНКОМАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ..... 106 <i>Каганов О.И., Козлов С.В., Торопова Н.Е.</i> |
| РЕЗУЛЬТАТЫ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ В СОЧЕТАНИИ ИНФРАРЕНАЛЬНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ БРЮШНОЙ АОРТЫ 102 <i>Восканян С.Э., Котенко К.В., Трофименко Ю.Г., Чолакян С.В., Артемьев А.И.</i> | РЕЗЕКЦИИ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАДИОЧАСТОТНОЙ АППАРАТУРЫ..... 107 <i>Кашников В.Н., Шельгин Ю.А., Рыбаков Е.Г., Лавриненко А.В.</i> |
| НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ОПУХОЛЕВОЙ ИНВАЗИЕЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ МЕЗЕНТЕРИКО-ПОРТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ВЕТВЕЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ 103 <i>Восканян С.Э., Котенко К.В., Трофименко Ю.Г., Артемьев А.И., Забежинский Д.А., Шабалин М.В.</i> | ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГАСТРОСТОМИЯ У ПАЦИЕНТОВ РАКОМ ПИЩЕВОДА..... 107 <i>Корняк Б.С., Ткачев П.В., Бабаев Р.С., Фильчев М.И.</i> |
| ВЫБОР СПОСОБА РЕКОНСТРУКЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН МЕЗЕНТЕРИКО-ПОРТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В ХИРУРГИИ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 103 <i>Восканян С.Э., Котенко К.В., Трофименко Ю.Г., Мурзабеков М.Б., Артемьев А.И., Забежинский Д.А.</i> | ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОЛОСТОМИЯ У ПАЦИЕНТОК РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ И РЕКТОВАГИНАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ..... 108 <i>Корняк Б.С., Ткачев П.В., Бабаев Р.С., Фильчев М.И.,</i> |
| ТЕХНОЛОГИИ И РЕЗУЛЬТАТЫ РАСШИРЕННОЙ ЛИМФАДЕН-ЭКТОМИИ И НЕЙРОДИССЕКЦИИ В ХИРУРГИИ ЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 103 <i>Восканян С.Э., Котенко К.В., Трофименко Ю.Г., Забежинский Д.А., Артемьев А.И.</i> | РАДИОЧАСТОТНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ..... 108 <i>Корняк Б.С., Ткачев П.В., Попов Ю.П., Фильчев М.И., Бабаев Р.С.</i> |
| ТЕХНОЛОГИИ ВРЕМЕННОГО СОСУДИСТОГО БАЙПАСА НА ЭТАПАХ РЕЗЕКЦИИ И РЕКОНСТРУКЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН МЕЗЕНТЕРИКО-ПОРТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В ХИРУРГИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ..... 104 <i>Восканян С.Э., Котенко К.В., Трофименко Ю.Г., Артемьев А.И.</i> | ЭКЗОКРИННАЯ И ЭНДОКРИННАЯ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СТАНДАРТНОЙ И ПИЛОРОСОХРАНЯЮЩЕЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ 108 <i>Коханенко Н.Ю., Павелец К.В., Ананьев Н.В., Бернштейн М.А., Борисова Н.Ю.</i> |
| ОБОСНОВАНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ РАСШИРЕННЫХ ЛИМФОДИССЕКЦИЙ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ 104 <i>Гатауллин И.Г., Тихонов А.И.</i> | РЕЗУЛЬТАТЫ АППАРАТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЖЕЛУДКА ПРИ СТАНДАРТНОЙ И ПИЛОРОСОХРАНЯЮЩЕЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ 109 <i>Коханенко Н.Ю., Павелец К.В., Ананьев Н.В., Бернштейн М.А., Борисова Н.Ю.</i> |
| ОПЕРАЦИИ НА ПЕЧЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДЕСТРУКТОРА 104 <i>Грицаев Е.И., Левичкин В.Д., Кузнецов А.А., Вербицкий И.А., Головин И.С., Потемин С.Н.</i> | ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ЭЛАСТАЗЫ 1 ПРИ ОЦЕНКЕ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ 109 <i>Коханенко Н.Ю., Бернштейн М.А.</i> |
| ПРОГРАММА «БЕСКРОВАЯ ХИРУРГИЯ» В ОНКОЛОГИИ. 10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ 105 <i>Домрачев С.А., Сукач С.Е.</i> | СВОЕВРЕМЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА..... 110 <i>Кошель А.П., Карась Р.С., Карпович А.В.</i> |
| | ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛАЦИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ РАКА В ПЕЧЕНЬ 110 <i>Кошель А.П., Клоков С.С., Красноперов А.В., Дибина Т.В., Севостьянова Н.В.</i> |
| | ПРЕДПОСЫЛКИ К ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОБШИРНЫМИ ДЕФЕКТАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА..... 110 <i>Кравцов С.А., Решетов И.В., Ольшанский В.О., Маторин О.В., Поляков А.П., Ратушный М.В., Филюшин М.М.</i> |

| | |
|---|--|
| ФОРМИРОВАНИЕ КОЛОСТОМА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПРЯМОЙ КИШКЕ 111 <i>Красноперов А.В., Кошель А.П., Панкратов И.В., Клоков С.С.</i> | БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА 117 <i>Павелец К.В., Медведев К.В., Лобанов М.Ю., Вавилова О.Г., Протченков М.А.</i> |
| ТРАНСХИАТАЛЬНАЯ ЭЗОФАГЭКТОМИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИДЕОАССИСТИРОВАНИЯ ПРИ РАКЕ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА 111 <i>Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Мадидёров Б.Т., Алмардонов Р.Б., Имамов О.А.</i> | МОДИФИКАЦИЯ ПОСЛЕДНЕГО ЭТАПА РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ 118 <i>Пак Д.Д., Ермощенко М.В.</i> |
| ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА 111 <i>Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Мадидёров Б.Т., Хайрутдинов Р.В., Чернышева Т.В.</i> | РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАННИХ ФОРМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ 118 <i>Пересада И.В., Воробьев Г.И., Филон А.Ф.</i> |
| ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ НОВОГО АНТИРЕФЛЮКСНОГО ЭЗОФАГОСТРОАНАСТОМОЗ НА ШЕЕ, ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПИЩЕВОДЕ 111 <i>Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Мадидёров Б.Т., Имамов О.А., Бердикулов Ж.И.,</i> | ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ СПЛЕНЭКТОМИИ 118 <i>Потемин С.Н., Грицаев Е.И., Гуменюк С.Е., Левичкин В.Д.</i> |
| ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА III СТАДИИ 112 <i>Кулакеев О.К., Арыбжанов Д.Т., Орманов Н.К., Сабуров А.Р.</i> | СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ КАК РЕЗУЛЬТАТ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ 119 <i>Расулов А.О., Шельгин Ю.А., Бойко А.В., Дрошнева И.В.</i> |
| АНТИГЕН ПЛОСКОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ КАК МОЛЕКУЛЯРНЫЙ ФАКТОР ПРОГНОЗА И МОНИТОРИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА 112 <i>Куликов Е.П., Карпов Д.В., Каминский Ю.Д., Никифоров А.А., Никифорова Л.В., Рязанцев М.Е.</i> | РОЛЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗЕРВОВ ПЕЧЕНИ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ 119 <i>Сидоров Д.В., Каралкин А.В., Ложкин М.В., Швейкин А.О.</i> |
| К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ СТРЕССОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА 112 <i>Кутуков В.В., Оганесян Ю.В., Дуйко В.В., Служко Л.В., Дуйко Л.С.</i> | ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПЕЧЕНИ 119 <i>Сидоров Д.В., Ложкин М.В., Швейкин А.О.</i> |
| ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ 113 <i>Кутуков В.В., Служко Л.В., Севостьянов В.В.</i> | ТЕХНИКА И НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕРВОСБЕРЕГАЮЩИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ 120 <i>Сидоров Д.В., Ложкин М.В., Троицкий А.А., Гришин Н.А., Петров Л.О., Пузаков К.Б.</i> |
| КОМБИНИРОВАННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА 114 <i>Кутуков В.В., Служко Л.В., Севостьянов В.В.</i> | ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДИК У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА 120 <i>Сидоров Д.В., Белоус Т.А., Гришин Н.А., Ложкин М.В., Майновская О.А., Петров Л.О.</i> |
| СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ 115 <i>Левашов В.А., Борота А.В.</i> | НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ 121 <i>Сидоров Д.В., Майновская О.А., Ложкин М.В., Гришин Н.А., Троицкий А.А.</i> |
| НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДУПЛИКАТУРНО-ИНВАГИНАЦИОННОГО АНАСТОМОЗА В ХИРУРГИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ 115 <i>Левашов В.А., Борота А.В.</i> | РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННЕГО РАКА ЖЕЛУДКА 121 <i>Скоропад В.Ю., Бердов Б.А., Козлов И.Г.</i> |
| НЕСТАНДАРТНЫЕ КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА 116 <i>Левашов В.А., Борота А.В.</i> | ГАСТРЭКТОМИЯ D2 : НИЗКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ, ВЫСОКИЙ ЛОКО-РЕГИОНАРНЫЙ КОНТРОЛЬ 121 <i>Скоропад В.Ю., Бердов Б.А., Евдокимов Л.В.</i> |
| РОБОТАССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА DA VINCI В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ 116 <i>Мансуров Ю.В., Богданов А.В., Соловьёв Д.П.</i> | КОМБИНИРОВАННЫЕ ПУНКЦИОННЫЕ И ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ И МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ 121 <i>Скупченко А.В., Скобельцов Д.А., Королёв Д.Г., Лысенко А.В.</i> |
| РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖКТ (GIST) 117 <i>Надвигова Е.А., Антонов А.А., Гладков О.А.</i> | ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА 122 <i>Слугарев В.В., Гамаюнов С.В., Денисенко А.Н., Шумская И.С., Пахомов С.Р.</i> |
| КЛАПАННЫЕ АНАСТОМОЗЫ В ХИРУРГИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ 117 <i>Ножовилов В.Г., Бахлаев И.Е., Скляров С.О., Ястребова А.В.</i> | ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ КИШЕЧНИКА 122 <i>Суанова З.А., Шаленков В.А., Поддубная И.В., Неред С.Н.</i> |

| | |
|--|---|
| ОТДАЛЕННЫЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ РАКА 122 <i>Уваров И.Б., Виниченко А.В.</i> | АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ОНКОХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ |
| НЕОТЛОЖНЫЕ АСПЕКТЫ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ 122 <i>Фролов А.П., Миронов В.И.</i> | ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ШЕЙНАЯ ДИССЕКЦИЯ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ 127 <i>Амиралиев Н.М., Искендерова А.Т., Исаева Э.Г., Керимова Н.В.</i> |
| ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАЗОВ В ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЧА 123 <i>Фролов А.С., Крехно О.П., Ермаков В.Е., Марченко К.С., Медведев В.А.</i> | РЕАБИЛИТАЦИЯ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА ГОРТАНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГОЛОСОВЫХ ПРОТЕЗОВ 127 <i>Амиралиев Н.М., Исаева Э.Г., Искендерова А.Т., Керимова Н.В.</i> |
| ПРИМЕНЕНИЕ СВЕРХНИЗКИХ ТЕМПЕРАТУР ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 123 <i>Ханевич М.Д., Манихас Г.М., Вашкуров С.М., Фадеев Р.В., Диникин М.С.</i> | ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНДУКЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНОГЛОТКИ 127 <i>Болотина Л.В., Кравцов С.А., Корниецкая А.Л.</i> |
| ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ 123 <i>Ханевич М.Д., Манихас Г.М., Фридман М.Х., Вашкуров С.М., Фадеев Р.В., Балахнин П.В., Чалаев А.Г., Юсифов С.А., Диникин М.С.</i> | ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГОЛОВЫ И ШЕИ 128 <i>Бяшимов А.Я., Атаев С.Х., Джумаев М.Г., Бабаев К.А., Хуммаева Д.Н., Курбанова Л.Т.</i> |
| ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА И КАРДИИ 124 <i>Ханевич М.Д., Селиванов Е.А., Манихас Г.М., Карасева Н.А., Гипарович М.А.</i> | ОПЫТ АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 128 <i>Вельшер Л.З., Стаханов М.Л., Решетов Д.Н., Цалко С.Э.,</i> |
| ПРИМЕНЕНИЕ АНТИГИПОКСАНТОВ ПРИ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 124 <i>Ханевич М.Д., Селиванов Е.А., Манихас Г.М., Вашкуров С.М., Фадеев Р.В., Юсифов С.А.</i> | ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИОКСИДОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ 128 <i>Вельшер Л.З., Дудицкая Т.К., Матвеева С.П., Решетов Д.Н.</i> |
| ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОЭКСПРЕССИИ ОНКОПРОТЕИНА С-ERBB-2 И P53 В АДЕНОКАРЦИНОМАХ ЖЕЛУДКА 124 <i>Худякова Т.А., Горбань Н.А., Скоропад В.Ю.</i> | ВОЗМОЖНОСТИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА В ВЫЯВЛЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ 128 <i>Н.Н.Волченко, З.Д.Гладунова, Е.Н.Славнова, А.Г.Ермолаева, В.Ю.Мельникова</i> |
| НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ БИЛИОДИГИСТИВНОГО АНАСТОМОЗА 124 <i>Шкодкин С.В., Идашкин Ю.Б., Фентисов В.В.</i> | ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ 130 <i>Волченко Н.Н., Славнова Е.Н., Гладунова З.Д., Ермолаева А.Г., Мельникова В.Ю.</i> |
| РЕФЛЮКС ХОЛАНГИТ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ БИЛИОДИГИСТИВНОГО СОУСТЬЯ 125 <i>Шкодкин С.В., Идашкин Ю.Б., Фентисов В.В.</i> | ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ, У БОЛЬНЫХ ПОЛУЧИВШИХ ДГТ 130 <i>Гузь А.О., Яйцев С.В., Аладин А.С., Васильев Ю.С., Сычев В.И.</i> |
| ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АНТИ-РЕФЛЮКСНОГО ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА 125 <i>Щепотин И.Б., Лукашенко А.В., Розумий Д.А., Васильев О.В., Приймак В.В., Жуков Ю.А.</i> | ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ 130 <i>Заболотный Д.И., Паламар О.И., Зинченко Д.А., Гук А.П.</i> |
| МЕТОДИКА РАЗДЕЛЬНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ПАНКРЕАТО ДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ 125 <i>Щепотин И.Б., Васильев О.В., Лукашенко А.В., Розумий Д.А., Приймак В.В.</i> | КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИЕЙ 131 <i>Дайхес Н. А., Трофимов Е. И., Сдвижков А. М., Колченко О. О., Фуки Е. М.</i> |
| РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ (КРР) - ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЙ ПОДХОД 125 <i>Щепотин И.Б., Колесник Е.А., Приймак В.В., Васильев О.В., Разумей Д.А., Лукашенко А.В., Жуков Ю.А., Кикоть В.В., Шептицкий В.В.</i> | ЭРБИТУКС В СОЧЕТАНИИ С ПОЛИХИМИОТЕРАПИЕЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНИ 131 <i>Дайхес Н. А., Трофимов Е. И., Сдвижков А. М., Колченко О. О., Фуки Е. М.</i> |
| СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБРЮШИННЫХ САРКОМ 126 <i>Щепотин И.Б., Васильев О.В., Лукашенко А.В., Розумий Д.А., Приймак В.В., Жуков Ю.А.</i> | ИНФОРМАТИВНОСТЬ ЭХОГРАФИИ ПРИ ДООПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ 131 <i>Ильин А.А., Исаева И.Е., Желонкина Н.В., Двинских Н.Ю., Медведев В.С., Румянцев П.О.</i> |
| ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ОТВЕДЕНИЯ ПЕТЕЛЬ ТОНКОЙ КИШКИ 126 <i>Яргуниин С.А., Потемин С.Н., Уваров И.Б.</i> | ХИМИОТЕРАПИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА НОСОГЛОТКИ ... 132 <i>Корниецкая А.Л., Болотина Л.В.</i> |
| ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ ПРОГНОЗА РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ 126 <i>Ястребова А.В., Бахлаев И.Е., Олейник Е.К.</i> | |

| | |
|--|---|
| РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В 2002-2004 ГГ. НА УКРАИНЕ 132 <i>Лукач Э. В., Дихтярук В. Я., Стрежак В. В., Цымбалюк Е. Н., Зайцева Н. В.</i> | ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РАЗЛИЧНЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ТИПОВ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ..... 137 <i>Румянцев П.О., Ильин А.А., Медведев В.С., Румянцева У.В., Исаев П.А., Желонкина Н.В.</i> |
| ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА АББЕ-ЭСТЛАНДЕРА ПРИ СУБТОТАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ГУБЫ. 132 <i>Мавроди В.М., Мавроди Т.В., Дикарев А.С.</i> | ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ..... 137 <i>Решетов И.В., Голубцов А.К., Севрюков Ф.Е.</i> |
| ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ И ОПУХОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ..... 133 <i>Магомедов Р.Б.</i> | ДИАГНОСТИКА РАКА ГОРТАНИ НА ЭТАПАХ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ. 137 <i>Суровцев И.Ю., Королев В.Н., Кулаев К.И., Шарифуллина Е.Г.</i> |
| ВОССТАНОВЛЕНИЕ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ И ЛАРИНГОФАРИНГЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА..... 133 <i>Новожилова Е.Н., Забазный Н.П., Сергеев С.А., Журавлев М.Н.</i> | ФАКТОРЫ РИСКА РЕСПИРАТОРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ТИРЕОИДНОЙ ХИРУРГИИ..... 137 <i>Тарабрин О.О., Буднюк А.А.</i> |
| ВОЗМОЖНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ..... 133 <i>Новожилова Е.Н.</i> | ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕПАЛЬПИРУЕМЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ..... 138 <i>Усовик О.А., Подсвязников С.О., Шолохов В.Н.</i> |
| ЭНТЕРАЛЬНАЯ НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ..... 133 <i>Осипова Н.А., Решетов И.В., Панкратова М.А., Филюшин М.М., Долгополова Т.В., Севрюков Ф.Е., Соколов В.В.</i> | ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПАПИЛЛЯРНОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С РЕГИОНАРНЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ N1b .. 138 <i>Хвостовой В.В., Сычов М.Д., Романищев В.Е., Киселев И.Л., Минаков А.А.</i> |
| СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАДИОРЕЗИСТЕНТНОГО РАКА ГОРТАНИ. 134 <i>Панкратов В.А., Андреев В.Г., Рожнов В.А.</i> | ПРЕВЕНТИВНАЯ ДИСЕКЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ ШЕИ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ..... 138 <i>Шевченко С.П., Сидоров С.В., Дымов А.А., Ровенских Д.Н., Карпинская Е.В.</i> |
| НЕЙРОСЕТЕВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ Фолликулярных Опухолей Щитовидной Железы 134 <i>Полоз Т. Л., Шкурупий В.А., Тарков М.С., Шевченко С.П.,</i> | КРИОХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНИ, НЕ ИЗЛЕЧЕННОГО ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ..... 139 <i>Яворская Н.И.</i> |
| СУПЕРСЕЛЕКТИВНАЯ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЯЗЫКА 134 <i>Процык В.С., Югринов О.Г., Трембач А.М., Руденко Д.Н., Супруненко А.А.</i> | ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ |
| РАДИОЧАСТОТНАЯ ТЕРМОАБЛАЦИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯЗЫКА. 135 <i>Решетов И.В., Маторин О.В., Голубцов А.К., Корицкий А.В.</i> | ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ОСОБЕННОСТЕЙ РЕАГИРОВАНИЯ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ И ПРОЦЕСС ЛЕЧЕНИЯ У ОНКОБОЛЬНЫХ 140 <i>Залесная Е.В., Кошель А.П., Севостьянова Н.В., Клоков С.С., Ракин С.С.</i> |
| ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ И СПОСОБЫ ЕГО ДОСТАВКИ У ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ..... 135 <i>Решетов И.В., Соколов В.В., Филюшин М.М., Павлов П.В., Ратушный М.В.,</i> | АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОНКООРТОПЕДИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ..... 140 <i>Иванина И.В., Щупак М.Ю., Хотеев А.Ж.</i> |
| ИЗМЕНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ..... 136 <i>Родичев А.А., Гарбузов П.И., Крылов В.В., Тимохина О.В., Королева С.В.</i> | ВЛИЯНИЕ СТАДИИ БОЛЕЗНИ НА РИСК РАЗВИТИЯ ЛЕТАЛЬНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ 140 <i>Касюк А.А.</i> |
| ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ШЕИ БЕЗ ВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА 136 <i>Рудык А.Н., Зинченко С.В., Хасанов Р.Ш., Хамидуллин Р.Г., Чернышев В.А.</i> | РИСК РАЗВИТИЯ ЛЕТАЛЬНОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ 141 <i>Касюк А.А.</i> |
| ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИИ (ИЭМГ) В ПРОФИЛАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 136 <i>Румянцев П.О., Сороковиков В.Г., Исаев П.А., Семина Г.В., Румянцева У.В., Ильин А.А., Медведев В.С.</i> | ВОЗМОЖНОСТЬ КОРРЕКЦИИ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ МЕТОДОМ СИПИНГА ЭНТЕРАЛЬНЫМИ ПИТАТЕЛЬНЫМИ СМЕСЯМИ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ РАНАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ 141 <i>Свиридов С.В., Федоров С.В., Алиева Т.У.</i> |
| | СЕЛЕН В КОМПЛЕКСЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОСТРЕЗЕКЦИОННОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 141 <i>Свиридова С.П., Горожанская Э.Г., Сомонова О.В., Добровольская М.М., Елизарова А.Л., Власенко О.С.</i> |

| | |
|--|--|
| ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 142 <i>Сомонова О.В., Маджуга А.В., Елизарова А.Л., Свиридова С.П.</i> | РАДИАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ ВНУТРЕННИХ ОПУХОЛЕЙ С МИКРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРЕЦИЗИОННОСТЬЮ НА ОСНОВЕ НАНОКРИСТАЛЛОВ 148 <i>Классен Н.В., Кедров В.В., Курлов В.Н., Кривко О.А., Шмурак С.З., Шмытько И.М. (1) Алергант М.С., Аксенов Д.С., Чуркин А.В. (2)</i> |
| ВОЗМОЖНОСТИ СТРЕСС-ЛИМИТИРУЮЩИХ КОМПОНЕНТОВ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО. 142 <i>Туманян С.В., Златник Е.Ю., Попова Е.В.</i> | КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ ПЕРВИЧНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА 148 <i>Корытова Л.И., Жабина Р.М., Маслюкова Е.А., Мешечкин А.В.</i> |
| СОСТОЯНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ III-IV СТЕПЕНИ, В УСЛОВИЯХ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ. 142 <i>Туманян С.В., Корнилова Е.Ю.</i> | ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ НАВИГАЦИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА. 149 <i>Решетов И.В., Зайцев А.М., Филоненко Е.В., Куржупов М.И.</i> |
| АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СНИЖЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ 143 <i>Чилингарянц С.Г., Шихлярова А.И., Барсукова Л.П., Марьяновская Г.Я., Коробейникова Е.П., Протасова Т.П.</i> | ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПАРАЦИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЦИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 149 <i>Решетов И.В., Филоненко Е.В., Голубцов А.К., Севрюков Ф.Е., Маканин М.А., Яникова А.Г.</i> |
| КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ | ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОБЩАЯ ОНКОЛОГИЯ |
| РАДИОХИРУРГИЧЕСКИЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ С ВЫСОКОЙ МОЩНОСТЬЮ ДОЗЫ (HDR) 144 <i>Васильченко И.Л., Пастушенко Д.А.</i> | ПЕРВИЧНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛОСКУТА ШИРОЧАЙШЕЙ МЫШЦЫ СПИНЫ В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 150 <i>Аксененко А.В., Осипов В.В., Полюшкин Д.В., Тер-Арутюнянц С.А.</i> |
| РАЗРАБОТКА НОВОГО СПОСОБА ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТНОЙ ЖИДКОСТИ В ПРОТИВООПУХОЛЕВОМ ЛЕЧЕНИИ 144 <i>Гаркави Л.Х., Жукова Г.В., Бартенева Т.А., Суханова М.И., Михолап А.И., Евстратова О.Ф.</i> | ПЕРВИЧНАЯ ПЛАСТИКА ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ КОНЕЧНОСТЕЙ ВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫМИ ЛОСКУТАМИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 150 <i>Аксененко А.В., Абалмасов К.Г., Абалмасов П.К., Осипов В.В., Полюшкин Д.В., Трофименко Ю.Г., Тер-Арутюнянц С.А., Чудаков К.И.</i> |
| СТЕРЕОТАКСИЧЕСКАЯ РАДИОТЕРАПИЯ И РАДИОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 144 <i>Голанов А.В., Горлачев Г.Е.</i> | ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ТУЛОВИЩА И КОНЕЧНОСТЕЙ 150 <i>Ахметов И.Р., Важенин А.В., Привалов А.В.</i> |
| РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ НА АУТОСРЕДАХ 145 <i>Подшивалов Б.В., Журавлёв О.А., Тимошук В.А., Позняков А.В., Пирих А.И., Рябиков А.А.</i> | ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В ОНКОМАММОЛОГИИ 151 <i>Барсамян Г.С., Пак Д.Д., Филоненко Е.В., Ефремов Г.Д.</i> |
| КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВНУТРИТКАНЕВОЙ НЕЙТРОННОЙ ТЕРАПИИ 146 <i>Семин Д.Ю., Мардынский Ю.С., Медведев В.С., Исаев П.А., Гулидов И.А., Раджапова М.У., Дербуггов Д.Н., Польшин В.В.</i> | РАДИКАЛЬНАЯ СЕКТОРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 151 <i>Бахлаев И.Е., Харитонов М.Л., Чекалюк В.Д., Игнатъев К.С., Ковчур П.И.</i> |
| НЕЙРООНКОЛОГИЯ, НАВИГАЦИЯ И ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ | КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ДАННЫХ МАММОСЦИНТИГРАФИИ И ФАКТОРОВ РИСКА ОПЕРАБЕЛЬНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 151 <i>Вартанян К.Ф., Редькин А.Н., Попов С.С., Банов С.М., Уколова Е.А.</i> |
| ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ОПЕРАТИВНОЙ ОНКОЛОГИИ 147 <i>Воргова Д.Н., Важенин А.В., Воронин М.И.</i> | БИОПСИЯ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ И ВЫБОР ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 151 <i>Ермаков А.В., Пак Д.Д.</i> |
| БЕВАЦИЗУМАБ И ИРИНОТЕКАН В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВОВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИОМ У ДЕТЕЙ 147 <i>Желудкова О.Г., Бородина И.Д., Горбатов С.В., Павлова Е.В., Озерова В.И., Сальникова Е.А., Боярчук Н.Г., Демушкина А.А., Рассказчикова И.В., Щербенко О.И., Максимова Н.В.</i> | РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ И ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ (ПО ДАННЫМ ПОПУЛЯЦИОННОГО РАКОВОГО РЕГИСТРА) 152 <i>Исаенко М.С., Исаенко И.С.</i> |
| ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА 147 <i>Кизокян А.Л.</i> | |

| | |
|--|---|
| ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА КОЖИ ВЕК С ПЕРЕМЕЩЕНИЕМ ЛОСКУТА НА СОСУДИСТОЙ НОЖКЕ 153 <i>Исламов З.С., Султанова Ш.Ш.</i> | ИНДУКТОТЕРМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 158 <i>Смоланка И.И., Орел В.Э., Скляр С.Ю., Досенко И.В., Дзятковская Н.Н.</i> |
| СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И МЕДИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ 153 <i>Исмагилов А.Х., Ванесян А.С.</i> | ОРГАНОСОХРАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ ИНТЕРМАРГИНАЛЬНОГО КРАЯ ВЕК 158 <i>Султанова Ш.Ш., Исламов З.С.</i> |
| ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ОДНОМОМЕНТНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 153 <i>Исмагилов А.Х., Хасанов Р.Ш., Гимранов А.М., Ванесян А.С.</i> | УСКОРЕННОЕ ЧАСТИЧНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПЛАНЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ: АЛЬТЕРНАТИВА ТРАДИЦИОННОМУ КУРСУ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ? 159 <i>Тер-Арутюнянц С. А., Осипов В. В., Аксёненко А. В., Полюшкин Д. В.</i> |
| ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИЕМОМ МАСТОРЕДУКЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РМЖ) 154 <i>Козлов С.В., Кочетков Р.И., Савельев В.Н., Кокшарова О.Г., Катюшин А.А., Борисов А.П.</i> | АНАЛИЗ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНО-МЕДИАЛЬНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 159 <i>Хасанов Р.Ш., Исмагилов А.Х., Ванесян А.С.</i> |
| ОСЛОЖНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ (РПО) У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОВЛЕКШИЕ УДАЛЕНИЕ ПРОТЕЗОВ 154 <i>Кочетков Р.И., Савельев В.Н., Борисов А.П., Кокшарова О.Г., Кокорина М.С.</i> | МАММОПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ ОПЕРАБЕЛЬНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 159 <i>Шаповал Е.В.</i> |
| ТРАПЕЦЕВИДНЫЙ ЛОСКУТ В ЭКСТРЕННОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПАДАЮЩЕГОСЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 154 <i>Мадалиходжаев Р.С., Сыздыков К.З.</i> | ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОНТУРОВ ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ 160 <i>Шаповалов С.Г., Сухопарова Е.П.</i> |
| ТРАПЕЦЕВИДНЫЙ ЛОСКУТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 154 <i>Мадалиходжаев Р.С., Сыздыков К.З.</i> | ПРИМЕНЕНИЕ СЛОЖНО-СОСТАВНЫХ ЛОСКУТОВ С ОСЕВЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНЫХ ЛУЧЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 160 <i>Шаповалов С.Г., Скворцов Ю.Р., Кичемасов С.Х.</i> |
| МЕТОДИКА ЗАПОЛНЕНИЯ ДЕФЕКТА ПОДМЫШЕЧНОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ 155 <i>Музяков В.В.</i> | ВЛИЯНИЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ГРУДИ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ 161 <i>Шаповалов С.Г., Сухопарова Е.П.</i> |
| СПОСОБЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 156 <i>Музяков В. В.</i> | ПАТОБИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНУЮ МАСТЭКТОМИЮ 161 <i>Шихжеримов Р.К., Савин А.А., Вельшер Л.З., Стаханов М.Л., Стулин И.Д., Савин Л.А.</i> |
| НЕЙРОСЕТЕВАЯ МОДЕЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 156 <i>Осипов В.В., Есин С.В., Аксёненко А.В., Полюшкин Д.В.</i> | ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ 670 БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 162 <i>Щепотин И.Б., Смоланка И.И., Скляр С.Ю., Мотузюк И.Н., Сидорчук О.И.</i> |
| РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 156 <i>Пак Д.Д., Рассказова Е.А.</i> | КОНЦЕПЦИЯ ВЫБОРА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ 1199 ПАЦИЕНТОВ) <i>Щепотин И.Б., Смоланка И.И., Мотузюк И.Н., Сидорчук О.И.</i> |
| ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 157 <i>Портной С.М., Лактионов К.П., Коротких И.Ю., Блохин С.Н., Анурова О.А., Хван О.Т., Василевская А.В.</i> | ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЛЕГКОГО |
| СПОСОБ ПЕРВИЧНОЙ МАММОПЛАСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БОЛЬШОЙ ГРУДНОЙ МЫШЦЫ, СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА И ЭНДОПРОТЕЗА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПОДКОЖНОЙ МАСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА 157 <i>Пак Д. Д., Трошенков Е. А., Рассказова Е. А.</i> | ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО И ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО 163 <i>Аматуни С.А., Тер-Погосян З.Р.</i> |
| ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА С МУЛЬТИЦЕНТРИЧНЫМ РОСТОМ С ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНА ЗРЕНИЯ 158 <i>Панова И.Е., Сусло И.С., Семёнова Л.Е., Важенина Д.А., Усова Р.А.</i> | НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ (НАХТ) В ПЛАНЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО (НМРЛ) III А СТАДИИ 163 <i>Болотина Л.В., Королева Л.А., Дешкина Т.И.</i> |
| ОСОБЕННОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 158 <i>Петровский Д.А.</i> | ЗАМЕЩЕНИЕ ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ ПЕРИКАРДА ТКАНЕВЫМ ИМПЛАНТАТОМ НА ОСНОВЕ НАНОСТРУКТУРНОЙ НИКЕЛИД-ТИТАНОВОЙ НИТИ 163 <i>Дамбаев Г.Ц., Топольницкий Е.Б., Гюнтер В.Э., Ходоренко В.Н., Шефер Н.А.</i> |

| | |
|--|--|
| ПРИМЕНЕНИЕ БИОСОВМЕСТИМЫХ ИМПЛАНТАТОВ В ХИРУРГИИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ ДИАФРАГМЫ..... 164 <i>Дамбаев Г.Ц., Попов А.М.</i> | ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛЕГКИХ..... 168 <i>Пикин О.В., Трахтенберг А.Х., Колбанов К.И., Глушко В.А., Астахов Д.Н.</i> |
| ПРИМЕНЕНИЕ ДВУПОРТОВОЙ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СОНОГРАФИЧЕСКОЙ НАВИГАЦИИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ ЛИМФОАДЕНОПАТИИ СРЕДОСТЕНИЯ..... 164 <i>Ершова К.И., Кузьмичев В.А., Прищело М.И., Ахметов М.М., Шабаров В.Л., Мазурин В.С.</i> | ХИРУРГИЯ ЛЕГКИХ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ САРКОМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА..... 168 <i>Рагулин Ю.А., Стародубцев А.Л., Медведев В.Н., Кудрянцева Г.Т., Курильчик А.А., Зубарев А.Л., Медведев Ф.В.</i> |
| РЕКОНСТРУКЦИЯ РЕБЕРНОГО КАРКАСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НИКЕЛИДА ТИТАНА, ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ..... 164 <i>Жеравин А.А., Гюнтер В.Э., Гарбуков Е.Ю., Жамгарян Г.С.</i> | ВОЗМОЖНОСТИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭНДОБРОНХИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ..... 168 <i>Рагулин Ю.А., Каплан М.А., Медведев В.Н., Капинус В.Н., Петерс В.В.</i> |
| ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА «ШАРОВИДНЫХ» ОБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКОГО 165 <i>Кулакеев О.К.</i> | НЕОДНОЗНАЧНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ И ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИЙ НМРЛ ЛЕГКОГО В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ..... 168 <i>Трахтенберг А.Х., Пикин О.В., Колбанов К.И.</i> |
| КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ С РАСШИРЕННЫМИ ОПЕРАЦИЯМИ БОЛЬНЫХ С НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО II-III СТ..... 165 <i>Манцырев Е.О., Важенин А.В., Лукин А.А., Пащенко А.С., Миронченко М.Н.</i> | МЕДИАСТИНАЛЬНАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ ПРИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО 169 <i>Трахтенберг А.Х., Колбанов К.И., Пикин О.В., Глушко В.А.</i> |
| КОМБИНИРОВАННЫЕ ЛОБ- И БИЛОБЭКТОМИИ В РАДИКАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО 166 <i>Миронченко М.Н., Важенин А.В., Лукин А.А., Лукина Е.Ю., Манцырев Е.О., Пащенко А.С., Гнатюк Я.А.</i> | КАРЦИНОИДНЫЕ ОПУХОЛИ ЛЕГКИХ..... 169 <i>Трахтенберг А.Х., Франк Г.А., Колбанов К.И., Пикин О.В., Соколов В.В., Седых С.А., Глушко В.А.</i> |
| КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЛЕГКОГО АНТИОКСИДАНТНЫМИ И ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИМИ ПРЕПАРАТАМИ 166 <i>Немцова Е.Р., Кармакова Т.А., Безбородова О.А., Скрипник В.В., Амиралиев А.М., Пикин О.В., Эделева Н.В., Якубовская Р.И., Соболев А.В.</i> | ЦИРКУЛЯРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ТРАХЕИ 169 <i>Трахтенберг А.Х., Решетов И.В., Пикин О.В., Колбанов К.И., Голубцов А.К., Багров В.А.</i> |
| ОПРЕДЕЛЕНИЕ МРНК РАКОВО-ТЕСТИКУЛЯРНЫХ АНТИГЕНОВ NY-ESO-1 И MAGE-A1-A6 В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО 166 <i>Пегов Р.Г., Алясова А.В., Новиков В.В., Новиков Д.В.</i> | ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ..... 169 <i>Трахтенберг А.Х., Паршин В.Д., Пикин О.В.</i> |
| ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ И ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ В ЛЕГКИХ..... 166 <i>Пикин О.В., Трахтенберг А.Х., Колбанов К.И., Глушко В.А., Амиралиев А.М., Вурсол Д.А., Мироненко Д.Е.</i> | АНАЛИЗ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НМРЛ 170 <i>Черных А.В.</i> |
| ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ РАКА ПОЧКИ В ЛЕГКИХ 167 <i>Пикин О.В., Алексеев Б.Я., Амиралиев А.М., Багров В.А., Картовещенко А.С.</i> | ЗНАЧИМОСТЬ ПАРАНЕОПЛАЗИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ 170 <i>Черных А.В.</i> |
| ВОЗМОЖНОСТИ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ И МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЛЕВРЫ, ОСЛОЖНЕННЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ПЛЕВРИТОМ..... 167 <i>Пикин О.В., Трахтенберг А.Х., Соколов В.В., Филоненко Е.В., Вурсол Д.А., Глушко В.А., Колбанов К.И., Сухин Д.Г., Крылова Г.П., Мироненко Д.Е., Астахов Д.Н., Картовещенко А.С.</i> | ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ РАКА ЛЕГКОГО..... 170 <i>Черных А.В.</i> |
| СИМУЛЬТАННЫЕ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО С ОТДАЛЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ 167 <i>Пикин О.В., Трахтенберг А.Х., Колбанов К.И., Глушко В.А., Зайцев А.М., Филоненко Е.В., Вурсол Д.А., Картовещенко А.С.</i> | АДЕКВАТНЫЙ ОБЪЕМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НМРЛ..... 171 <i>Черных А.В.</i> |
| | РЕКОНСТРУКТИВНАЯ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ И ОРТОПЕДИЯ |
| | НИКЕЛИД ТИТАНОВЫЕ ИМПЛАНТАТЫ В ОНКОЛОГИИ – НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ..... 172 <i>Аладин А.С., Васильев Ю.С., Чикин В.Н., Сычев В.И., Гузь А.О.</i> |
| | ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ РАКА МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ В КОСТИ 172 <i>Бухаров А.В., Тепляков В.В., Карпенко В.Ю.,</i> |
| | ВАЖНЫЕ АСПЕКТЫ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 172 <i>Вербо Е.В., Неробеев А.И., Кулаков А.А., Буцан С.Б., Перфильев С.А., Сомова М.М., Танасов А. Н., Гилева К. Н.</i> |

| | |
|--|--|
| РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ СО СКВОЗНЫМИ ДЕФЕКТАМИ НИЖНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА 173 <i>Вербо Е.В., Кулаков А. А., Неробеев А. И., Буцан С.Б., Сомова М.М., Танасов А.Н., Гилева К.Н.</i> | ПАНОВАЯ ФАРИНГОСТОМА СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ЕЁ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОРТАНИ..... 177 <i>В.И.Письменный, Е.П.Кривошеков, И.В.Письменный</i> |
| ПРИМЕНЕНИЕ ИМПЛАНТАТОВ С ЭФФЕКТОМ «ПАМЯТИ» ФОРМЫ В ОНКОХИРУРГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА 173 <i>Власов А. А., Важенин А.В.</i> | РАК ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА, СПОСОБ РЕКОНСТРУКЦИИ..... 177 <i>Письменный В.И., Осокин О.В., Письменный И.В.</i> |
| СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ОНКОЛОГИИ И СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ. 174 <i>Данилин Е.И., Вельшер Л.З., Данилин И.Е., Решетов Д.Н., Щербакова В.В., Зискинд Г.А.</i> | МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ОРОФАРИНГОПЛАСТИКА ВИСЦЕРАЛЬНЫМИ АУТОТРАНСПЛАНТАТАМИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 178 <i>Решетов И.В., Кравцов С.А., Ратушный М.В.</i> |
| СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. 174 <i>Данилин Е.И., Вельшер Л.З., Данилин И.Е., Решетов Д.Н.</i> | МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ЯЗЫКА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 178 <i>Решетов И.В., Кравцов С.А., Голубцов А.К., Маторин О.В., Поляков А.П., Ратушный М.В., Филюшин М.М., Севрюков Ф.Е., Корицкий А.В.</i> |
| ВАРИАНТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ КРЕСТЦА..... 174 <i>Жуковец А.Г., Бабкин А.В., Богдаев Ю.М., Касюк А.А., Орехов В.Ф.</i> | О ВОЗМОЖНОСТЯХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИЛЛИМЕТРОВОЙ НАНОСТРУКТУРНОЙ МЕДИЦИНЫ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ 179 <i>Синицын Н.И., Ёлкин В.А., Бецкий О.В., Суворов А.П., Суворов С.А., Гуляев А.И., Лисенкова Л.А.</i> |
| УСТРАНЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ..... 175 <i>Жуковец А.Г., Овчинников Д.В., Дзержинский И.Э.</i> | ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАТЗАМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КОСТИ..... 179 <i>Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Бухаров А.В., Илюшин А.Л., Державин В.А.</i> |
| БИОПСИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПОЗВОНОЧНИКА 175 <i>Жуковец А.Г., Касюк А.А.</i> | ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА..... 179 <i>Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Державин В.А., Бухаров А.В.,</i> |
| КОСТНЫЙ ИНЖИНИРИНГ И НАПРАВЛЕННЫЙ СИНТЕЗ НОВЫХ ОРГАНОМИНЕРАЛЬНЫХ БИОКОМПОЗИТОВ ФОСФАТ КАЛЬЦИЯ/ПОЛИМЕР ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ИМПЛАНТАТОВ..... 175 <i>Захаров Н.А., Сенцов М.Ю., Захарова Т.В., Калинин В.Т.</i> | ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ АУТОТАНСПЛАНТАЦИИ ТКАНЕЙ ПРИ УСТРАНЕНИИ ДЕФЕКТОВ СРЕДНЕЙ И НИЖНЕЙ ЗОН ЛИЦА 180 <i>Трофимов Е.И., Миланов Н.О., Саратовцев Д.М.</i> |
| ХАРАКТЕРИСТИКИ РАСТВОРИМОСТИ БИОСОВМЕСТИМЫХ ФОСФАТОВ КАЛЬЦИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ГРАНУЛОМЕТРИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК И ОСОБЕННОСТЕЙ РАСТВОРИТЕЛЯ..... 175 <i>Захаров Н.А., Сенцов М.Ю., Захарова Т.В., Калинин В.Т.</i> | СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОНКОУРОЛОГИИ |
| МЕСТО ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ХОРДОМЫ КРЕСТЦА..... 176 <i>Зиновьев М.Е., Балберкин А.В., Соколовский В.А.</i> | ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ СТАДИИ T1A0M0. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ. 181 <i>Вельшер Л.З., Горчак Ю.Ю., Ишевский Г.Б., Решетов Д.Н., Костин Е.Ю., Васильева О.А.</i> |
| РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОРАДИОНЕКРОЗОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ 176 <i>Исаев П.А., Медведев В., Пасов В.В., Семин Д.Ю., Дербуггов Д.Н., Польшин В.В.</i> | ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО УЗИ С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРАНИЦ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ. 181 <i>Ивахно К.Ю., Карнаух П.А., Воронин М.И., Лейхт Т.Н., Кинзерский С.А.</i> |
| ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ В СОЧЕТАНИИ С ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ (ИОЛТ) В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ САРКОМ КОСТЕЙ..... 176 <i>Курильчик А.А., Кудрявцева Г.Т., Мардынский Ю.С., Зубарев А.Л., Стародубцев А.Л., Хмельевская В.Н.</i> | ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В РОССИИ 181 <i>Колонтарев К.Б., Пушкарь Д.Ю., Говоров А.В.</i> |
| ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИ - ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ, У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗЕКЦИЯМИ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ. 176 <i>Нуриева Н.С.</i> | РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ. ПЕРЕХОД ОТ ОТКРЫТОЙ К РОБОТИЧЕСКОЙ: ОПЫТ ПЕРВЫХ СТА СЛУЧАЕВ. 182 <i>Колонтарев К.Б., Пушкарь Д.Ю., Раснер. П.И.</i> |
| ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯЗЫКА С ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ОСТРОВКОВЫМ КОЖНЫМ ЛОСКУТОМ..... 177 <i>Письменный В.И. Письменный И.В.</i> | РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ КОСТНОГО СКЕЛЕТА..... 182 <i>Копыльцов Е.И., Леонов О.В.</i> |

| | |
|--|--|
| К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ СТРЕССОВЫХ ЯЗВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РАКА ПОЧКИ 183 <i>Кутуков В.В., Оганесян Ю.В., Дуйко В.В., Леснов П.В., Слушко Л.В., Дуйко Л.С.</i> | ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ СО ₂ ЛАЗЕРНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ ДЛЯ ПРЕЦИЗИОННОГО УДАЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ 187 <i>Кортунов В.Н., Дмитриев А.К., Коновалов А.Н., Ульянов В.А.</i> |
| ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ 183 <i>Леонов О.В., Копыльцов Е.И.</i> | ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОГО МЕТОДА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АБЛАЦИИ ОПУХОЛЕЙ 188 <i>Назаренко Г.И., Хитрова А.Н., Краснова Т.В.</i> |
| РАК ПОЧКИ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ 183 <i>Леонов О.В., Копыльцов Е.И.</i> | ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЛОСТИ РТА И КОЖИ 188 <i>Петровский В.Ю., Титова В.А.</i> |
| КОМБИНИРОВАННАЯ ГОРМОНОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПО КОСТЯМ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 184 <i>Метелев В.В.</i> | ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ РАКА ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ 188 <i>Полькин В.В., Каплан М.А., Медведев В.С., Мардынский Ю.С., Семин Д.Ю., Капинус В.Н., Спиченкова И.С., Исаев П.А., Дербугув Д.Н., Раджапова М.У.</i> |
| КОМБИНИРОВАННОЕ ГОРМОНОЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРОСТАТЫ С ДИССЕМИНАЦИЕЙ В ОТДАЛЕННЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ 184 <i>Метелев В.В.</i> | КИНЕТИКА РОСТА И МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ КАРЦИНОСАРКОМЫ УОКЕРА (КУ) ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ВИХРЕВОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ (ВМП) 189 <i>Порханов В.А., Бахмутский Н.Г., Бодня В.Н.</i> |
| РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРМОЛУЧЕВОЙ И ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 184 <i>Метелев В.В., Козлов А.А.</i> | МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КАРТИНА РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ И МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ВИХРЕВОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ (ВМП) В ЭКСПЕРИМЕНТЕ 189 <i>Порханов В.А., Бахмутский Н.Г., Бодня В.Н.</i> |
| ОЦЕНКА ТОКСИЧНОСТИ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 185 <i>Шарабура Т.М., Карнаух П.А., Важенин А.В.</i> | ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ СОПРОВОЖДЕНИЯ НА ЭТАПАХ ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ 189 <i>Филоненко Е.В., Бойко А.В., Демидова Л.В., Телеус Т.А., Дунаева Е.А., Немцова Е.Р., Ерохов С.В.</i> |
| АЛЬТЕРНАТИВНАЯ ТЕХНИКА УРЕТЕРОИНТЕСТИНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА С АНТИРЕФЛЮКСНОЙ ЗАЩИТОЙ 185 <i>Цатурян А.А., Даниелян Ш.Б., Диланян О.Э., Левонян А.Г.</i> | НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА III-IV СТАДИИ 189 <i>Филоненко Е.В. Вашакмадзе Л.А. Кириллов Н.В.</i> |
| ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В ОНКОЛОГИИ | |
| ВОЗМОЖНОСТИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО 186 <i>Аминов С.А.</i> | ВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА МЗ РТ 190 <i>Хусаинова Г.Н., Дуглав Е.А., Иванов А.И., Гатауллин И.Г., Хасанов Р.Ш.</i> |
| СУБЪЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ СОЧЕТАННОГО ЛЕЧЕНИЯ КОСТНЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ И ВИХРЕВЫМ МАГНИТНЫМ ПОЛЕМ (ВМП) 186 <i>Бахмутский Н.Г., Василенко И.Н.</i> | ЛЕЧЕНИЕ РАКА КОЖИ МЕТОДОМ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА МЗ РТ 190 <i>Хусаинова Г.Н., Гатауллин И.Г., Хасанов Р.Ш.</i> |
| ИЗБИРАТЕЛЬНАЯ ХРОНОФОТОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ИММУНОКОРРЕКЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И МЕЛАНОМЕ КОЖИ 186 <i>Борисов В.А., Гусева О.А., Григорян С.С.</i> | |
| ОБЪЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ЛЕЧЕНИЯ КОСТНЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ И ВИХРЕВЫМ МАГНИТНЫМ ПОЛЕМ (ВМП) 187 <i>Василенко И.Н., Бахмутский Н.Г.</i> | |
| ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С ФОТОДИТАЗИНОМ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА IIIБ СТАДИИ 187 <i>Гафтон Г.И., Гельфонд М.Л., Егоренков В.В., Гельфонд В.М.</i> | |
| НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПОНЕНТОВ ДОНОРСКОЙ КРОВИ 187 <i>Домрачев С.А., Сукач С.Е.</i> | |
| | ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ |
| | НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ХИМИОПЕРФУЗИИ ПРИ АСЦИТИЧЕСКИХ ФОРМАХ РАКА ЯИЧНИКОВ 191 <i>Абдихакимов А.Н., Сулаймонов Д.А., Гафур-Ахунов М.А., Касымов А.А., Абдухакимов У.Н.</i> |

| | |
|---|---|
| ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ «АЛЛОКИНА-АЛЬФА» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕДРАКА ШЕЙКИ МАТКИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВПЧ-ИНФЕКЦИЕЙ 191 <i>Бахлаев И.Е., Ковчур П.И.</i> | НАШ ОПЫТ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОГО РАКА ЭНДОМЕТРИЯ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ 195 <i>Пашов А. И.</i> |
| ПРОВЕДЕНИЕ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОЧЕТАНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ОРГАНОВ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ. 191 <i>Вельшер Л.З., Киркин В.В., Назаренко З.Н., Решетов Д.Н., Евграфова О.Н.</i> | ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ОБЪЕМОМ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ РАКА ТЕЛА МАТКИ И ВОВЛЕЧЕНИЕМ В ОПУХОЛЕВЫЙ ПРОЦЕСС ТАЗОВЫХ ЛИМФУОУЗЛОВ 196 <i>Сисакян В.Г., Красильников С.Э., Герасимов А.В., Тархов А.В., Бабаянц Е.В., Кулиджанян А.П., Афанасьева Н.А.,</i> |
| ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ 192 <i>Герасимов А.В., Красильников С.Э., Тархов А.В., Бабаянц Е.В., Сисакян В.Г., Кулиджанян А.П., Афанасьева Н.А.</i> | УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ТОПОМЕТРИЯ И ЭХОНАВИГАЦИЯ В РАДИОГИНЕКОЛОГИИ..... 196 <i>Соколова О.С., Горбушина Т.Е., Голеньковский А.Н., Сирота Л.Д.</i> |
| УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ С АБЛАЦИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ..... 192 <i>Данилова О.С., Величко С.А., Коломиец Л.А., Чернышова А.Л., Ротундо Е.Н.</i> | ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ РАСШИРЕННОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ..... 196 <i>Тархов А.В., Красильников С.Э., Герасимов А.В., Бабаянц Е.В., Афанасьева Н.А., Кулиджанян А.П., Сисакян В.Г.</i> |
| САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ГОРМОНОТЕРАПИЯ МИНИМАЛЬНОЙ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ЭНДОМЕТРИЯ. 192 <i>Ерохина Л.В., Нефедова О.В., Бусарова А.В., Томашевский Д.В., Полуместная А.В., Демидов С.Ю.</i> | ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ..... 197 <i>Чернышова А.Л., Коломиец Л.А., Молчанов С.В.</i> |
| АБДОМИНАЛЬНАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ТРАХЕЛЭКТОМИЯ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА 193 <i>Казанцева М.В., Порханова Н.В., Цаплина Н.Н.,</i> | ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЕЙ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ 197 <i>Якубова М.Б., Югай К.В., Махмутов Н.Т., Кулакеев О.К.</i> |
| ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РОБОТИЗИРОВАННОГО КОМПЛЕКСА «DA VINCI» 193 <i>Кира Е.Ф., Политова А.К., Вязьмина К.Ю., Гайтукиева Р.А., Зарубенко И.П., Попова М.Н., Демкина И.В.</i> | ЭНДОВИДЕОРОБОТ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА В ОНКОХИРУРГИИ |
| ЛАЗЕРНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ ВПЧ-ИНФЕКЦИЕЙ..... 194 <i>Ковчур П.И., Бахлаев И.Е.</i> | ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА 198 <i>Брегель А.И., Евтушенко В.В., Хантаков А.М., Мутин Н.А.</i> |
| КОМБИНИРОВАННАЯ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ..... 194 <i>Крикунова Л. И., Кондратьева Е. А., Евстигнеев А. Р.</i> | ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ 198 <i>Бяшимов А.Я., Джумаев М.Г., Атаев С.Х.</i> |
| МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ 194 <i>Кудреватых Е.В., Тер-Арутюнянц С.А., Синицын В.Е., Мершина Е.А.</i> | ДИАГНОСТИКА РАКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ 198 <i>Бяшимов А.Я., Джумаев М.Г., Атаев С.Х.</i> |
| ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ШЕЙКИ МАТКИ 195 <i>Новикова Е.Г., Антипов В.А., Балахонцева О.С.,Новикова О.В.</i> | ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ КРАНИООРБИТОФАЦИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЕЛЯ 199 <i>Комаров А.В., Решетов И.В., Давыдов Д.В.</i> |
| ВОЗМОЖНОСТИ СОХРАНЕНИЯ ОВАРИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОПЕРАТИВНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ. 195 <i>Новикова Е.Г., Бойко А.В., Демидова Л.В., Антипов В.А., Шевчук А.С., Дунаева Е.А., Кадиева Э.А.</i> | ПОЛИПОЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ 199 <i>Стручкова Е.Ю., Астраханцев А.Ф., Тимченко И.В.</i> |
| | НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОЛИПАМИ ЖЕЛУДКА 199 <i>Тимченко И.В., Астраханцев А.Ф., Хенкина Н.А., Терехов С.В., Тимченко Д.Е.</i> |

РАЗНОЕ

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И РАБОТЫ ЦЕНТРА РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ НА БАЗЕ ОКРУЖНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА 201
Васильев Ю.С., Васильев С.А., Важенин А.В., Аладин А.С., Терешин О.С., Надвикова Е.А.

ДОСТИЖЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ 201
Воргова Д.Н., Важенин А.В., Воронин М.И.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОСТИ ОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ 201
Головко Т.С., Чернобай Т.Н.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГАРАНТИИ КАЧЕСТВА ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ 202
Кеппер К.Ю.,

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ УРГЕНТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ. 202
Коновнин О.И., Низеньков В.И.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ 202
Королев В.Н., Суровцев И.Ю., Кулаев К.И.

ТРЕХМЕРНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПИЩЕВОДА 202
Кошель А.П., Дибина Т.В.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ РАКА В ПЕЧЕНЬ 203
Кошель А.П., Клоков С.С., Красноперов А.В., Дибина Т.В., Севостьянова Н.В.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ УЗЛОВЫХ МАСТОПАТИЙ 203
Крахмалёва А.С., Головко Т.С., Крахмалева Л.П.

ВОЗМОЖНОСТИ АВТОМАТИЗАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ 203
Литвиненко Н.А.

МР-МАММОГРАФИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 204
Подберезина Ю.Л., Мершина Е.А., Сеницын В.Е., Алексеевская Т.В.

АМБУЛАТОРНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА – РЕАЛИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ 204
Привалов А.В., Важенин А.В., Ахметов И.Р., Кукленко Т.В., Семенова Л.Е.

РАЗРАБОТКА И ДОКЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ И НАТУРАЛЬНЫХ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ 205
Сергеева Н.С., Баринов С.М., Свиридова И.К., Комлев В.С., Фадеева И.В., Кирсанова В.А., Ахмедова С.А., Смирнов В.В., Филюшин М.М., Мыслевцев И.В., Шанский Я.Д.

КТ-ДИАГНОСТИКА МЕСТНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА 205
Силантьева Н.К., Шавладзе З.Н., Попова Ю.А., Агабабян Т.А., Сарычева Т.Г., Евдокимов Л.В., Невольских А.А., Ерыгин Д.В.

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ВЫБОРА РАЦИОНАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА 205
Силантьева Н.К., Агабабян Т.А., Скоропад В.Ю.

КРОСС- ПОЛЯРИЗАЦИОННАЯ ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ (КП ОКТ)- НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. 205
*Стрельцова О.С., *Загайнова Е.В., *Гладкова Н.Д.*

КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИКАРДА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА 206
Шавладзе З.Н., Силантьева Н.К., Гришина О.Г., Богатырева Т.И., Павлов В.В.

ЛЕКЦИИ И ПРЕЗЕНТАЦИИ

ПУТИ РАЗВИТИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ В ОНКОЛОГИИ

Чиссов Валерий Иванович
Академик РАМН, профессор,
заслуженный деятель науки, лауреат государственной премии РФ,
лауреат премии правительства РФ, главный онколог Российской Федерации, директор ЦНИОИ им. П.А.Герцена

Органосохраняющее лечение опухолей в настоящее время является генеральной концепцией клинической и экспериментальной онкологии. Зарождение и развитие концепции органосохраняющего и функциональноадаптирующего лечения опухолей начало происходить в конце 70-х годов прошлого века, на фоне относительных успехов клинической онкологии, произошедших за декаду 60-е-70-е годы. А это было время, когда в стране в системе онкологической службы были открыты первые специализированные отделения по локализациям и методам лечения, приступили к серийному производству отечественных аппаратов для лучевой терапии. В связи с этим начал накапливаться опыт комбинированного лечения опухолей (Павлов А.С., Киселева Е.С.), хирурги онкологи получили большой клинический опыт лечения сложных локализаций опухолей: рак легкого, пищевода, проксимального отдела желудка и др. (Пирогов А.И., Петерсон Б.Е. и др.), появились отделения онкоортопедии (Н.Н. Трапезников). Накопленный опыт лечения злокачественных опухолей показал, что для начальных стадий рака принципиально возможно полное излечение, при третьей стадии излечение достигается в меньшем числе наблюдений и с привлечением комбинированного лечения, в тоже время степень анатомофункциональных нарушений, инвалидизирующие последствия противоопухолевого лечения весьма высоки, что особенно явно прослеживается на примере рака молочной железы, для которого основным типом хирургического лечения независимо от стадии являлась операция Холстеда – удаление молочной железы, двух грудных мышц, лимфатического аппарата подмышечной области (Баженова А.П., Холдин). В комбинации с полной дозой дистанционной гамматерапии это лечение приводило к глубокой инвалидизации пациентки, а нередко сопровождалось развитием хронических трофических изменений на грудной стенке и лимфостазе верхней конечности вплоть до слоновости. Несмотря на хорошие показатели выживаемости при лечении рака молочной железы в то время (до 75-80%), это не могло удовлетворять больного и врача. Лечение сарком конечностей предусматривало только один тип хирургического лечения – ампутацию. Это побудило искать пути реабилитации больных путем протезирования, вплоть до протезирования на операционном столе (Герасименко В.Н.), к сожалению, только половина больных с протезом успевало им воспользоваться.

В Московском научно-исследовательском институте им. П.А. Герцена накопленный клинический опыт позволил пересмотреть ранее существовавшие догмы на универсальность расширенных операций, независимо от стадии опухоли, базируясь, в первую очередь, на проведенных морфологических исследованиях, убедительно доказавших на примере многих локализаций фазовость развития опухолевого процесса. Дисплазия, рак *in situ*, ограниченная инвазия базального, подслизистого слоя – этапы, для которых нехарактерно метастазирование. Следовательно, возможно прибегать к локальному воздействию не в ущерб радикальности. На примере лечения большого числа больных раком молочной железы, шейки матки, щитовидной железы, желудка и др. была доказана правомочность выполнения органосохраняющих резекций с сохранением функции органов и при этом достижения высокого уровня излечения и реабилитации больных. Впервые зашла речь о возможности полной социально-трудовой реабилитации онкологических больных. За новаторский подход к органосохраняющему лечению в онкологии ряд

ученых впервые в стране были удостоены Государственной премии РФ в 1991 г.

Достигнутые результаты позволили определить вектор дальнейшего развития, перед онкологами стала основная задача расширения возможностей этого подхода при всех локализациях злокачественных новообразований, а также качественное улучшение всех результатов лечения и реабилитации онкологических больных. Значительную группу онкологических больных составляют пациенты с III стадией опухолевого процесса. Наиболее эффективным вариантом помощи при этом является комбинированное лечение, хирургический компонент которого заключается в радикальном удалении опухоли. Это причиняет анатомофункциональный изъян органу или ткани. В частности, операции на органах пищеварительного тракта, органах головы и шеи, молочной железы, уrogenитального тракта и т. д. способны привести к глубокой инвалидизации больного, исключить его из общения в семье и обществе.

В то же время, реализация скрининговых программ, внедрение в клиническую практику уточняющих методов молекулярной биологии, достижений квантовой диагностики и биомаркеров позволило увеличить частоту выявления начальных стадий рака.

Исторически органосохраняющее лечение начиналось с хирургического парциального удаления органов и сочетанной лучевой терапии опухолей шейки матки. В наше же время существенно расширился арсенал методов лечения, позволяющих проводить органосохраняющее лечение. Это лучевая терапия на ускорительных комплексах, гипертермия, эндохирургия, микрохирургия, фотодинамическая терапия, лекарственная и биотерапия. При этом важна постепенная эволюция взглядов онкологов-хирургов, радиологов и химиотерапевтов в отношении своих возможностей в реализации принципов органосохраняющего лечения. Отказ от догматичного стремления добиться «радикального» излечения именно одним методом открывает возможности вариантов комбинаций воздействия. При этом успехи одного метода являются стимулом для совершенствования другого.

Решение задач хирургического органосохраняющего лечения опухоли движется в разных направлениях. Эти направления во многом определяются суммой различных факторов: локализации опухоли, ее стадии, гистологической структуры, общепатологических характеристик их генетических маркеров, чувствительности опухолей к различным воздействиям и т.д.

В качестве примеров можно привести ряд локализаций опухолей.

Стремительное развитие эндовидеохирургической техники открывает новые возможности для видеоассистированных вмешательств на различных органах. Преимуществом малоинвазивных операций являются малая травматичность, низкая частота осложнений, сокращение продолжительности стационарного лечения и сроков нетрудоспособности, а также очевидный косметический эффект. Это послужило поводом к началу исследований и разработке малоинвазивных доступов при лечении опухолей функционально и социально значимых локализаций.

В МНИОИ им. П.А. Герцена проводят топографо-анатомические и клинические исследования, целью которых является разработка альтернативных малоинвазивных доступов при лечении опухолей и метастазов рака щитовидной железы. Изучают технические возможности выполнения видеоассистированных операций на органах шеи и средостения, разрабатывают доступы к тканям шеи, анализируют осложнения, определяют показания и противопоказания для выполнения видеоассистированных операций на этих органах, оценивают результаты лечения.

Мы считаем, что оптимальным доступом к щитовидной железе, лимфатическим узлам паравазальной области и заднебоковому треугольнику шеи является боковой доступ длиной до 2 см по латеральному или медиальному краю кивательной мышцы. Это позволяет создать пространство для выполнения операции с соблюдением всех онкологических требований: экстрафасциальное удаление или резекцию щито-

видной железы, выделение возвратного нерва, блоковое удаление лимфатических узлов шеи. Уровень хирургического доступа определяется на основании предоперационной ультразвуковой разметки.

В настоящее время по разработанной методике оперированы 98 пациентов. Осложнений, связанных с парезом возвратного гортанного нерва, мы не отметили. Продолжительность пребывания в стационаре сократилась до двух дней.

Известно, что рак щитовидной железы обладает выраженной способностью к регионарному метастазированию. По данным литературы, метастатическое поражение загрудинных лимфатических узлов встречается в 60%. В связи с этим возникает необходимость выполнения медиастинальной лимфодиссекции.

Стернотомия обеспечивает широкий доступ к лимфатическим узлам и клетчатке верхнего средостения. Однако она обладает существенными недостатками. Прежде всего – высокая травматичность доступа, высокий риск интра- и послеоперационных осложнений. В альтернативу стернотомии нами предлагается метод видеоассистированной лимфодиссекции. После хирургического вмешательства на щитовидной железе (тиреоидэктомия, гемитиреоидэктомия) из стандартного доступа производят блоковое удаление клетчатки верхнего средостения: правая и левая паратрахеальная и трахеобронхиальная, претрахеальная, пищеводно-трахеальной борозды с обеих сторон, вдоль верхней полой вены и ее ветвей. Операцию выполняют эндоскопическим инструментарием под видеоконтролем с визуализацией возвратных гортанных нервов, сосудистых структур средостения, что сводит к минимуму возможные интраоперационные осложнения. По данной методике нами прооперировано 52 пациента с метастазами в лимфатические узлы средостения. Послеоперационных осложнений не отмечено. Количество удаленных лимфатических узлов составляет около 10, максимально – 26. Наблюдение за оперированными пациентами в течение 2,5 лет свидетельствует об отсутствии рецидива заболевания в лимфатических узлах средостения. Этот факт позволяет считать оправданным применение видеоассистированной медиастинальной лимфаденэктомии в клинической практике. Предварительные результаты свидетельствуют о перспективе улучшения онкологических, функциональных и эстетических результатов лечения.

Последние годы достаточно широко распространение при начальных стадиях рака молочной железы получили органосохраняющие операции, так называемые радикальные резекции (туморэктомия, секторальная резекция, квадрантэктомия с удалением регионарных лимфатических узлов, в ряде случаев с дополнительным противоопухолевым лечением.

Отход от агрессивной хирургической тактики можно объяснить следующими причинами: пересмотром клинико-биологических концепций течения опухолевого процесса; совершенствованием методов уточняющей инструментальной диагностики; увеличением числа больных с начальными I-IIa стадиями рака; созданием эффективной комбинации оперативного вмешательства с лучевым и лекарственным воздействием.

Исследования показали, что при раке молочной железы I-IIa стадии отдаленные результаты после органосохраняющих операций не хуже, чем после мастэктомии. По данным МНИОИ, 5-летняя выживаемость составляет более 90%, а 10-летняя – 82%.

Показатели эффективности лечения больных с ранними стадиями рака молочной железы вселяют оптимизм и позволяют развивать хирургию экономных вмешательств в сторону уменьшения их объема, что, в свою очередь, может предоставлять благоприятные условия для получения хороших косметических результатов.

Вопрос, касающийся определения объема удаляемых тканей, как молочной железы, так и лимфатических узлов регионарных зон при раке, подлежит серьезному осмыслению как принципиально важный фактор, влияющий, с одной стороны, на частоту возникновения местных рецидивов, а, с другой, определяющий функциональный и косметический результат операции.

В МНИОИ им. П.А. Герцена с 1994 по 2001 г. оперированы 160 больных раком молочной железы, которым выполнялись органосохраняющие резекции с одномоментной пластикой. Радикальная резекция в зависимости от размера первичной опухоли и молочной железы по объему может достигать от 1/8 до 2/3 части железы. Удаление 1/4 железы – квадрантэктомия, при удалении 1/2 – гемимаммэктомия.

Операции выполнены при 0 и I стадии (Tis-T1-INOMO) у 59 пациенток (36,9%), при IIa стадии (T1-2NOMO) – у 56 (35%), IIb стадии (T1-2N1Mo) – у 21 (13,1%), IIIa стадии – у 19 (11,9%), IIIb стадии – у 3 (1%), IV стадии (T2N1-2M1) – у 2 (1,2%).

Хирургическое лечение без дополнительной терапии проведено у 15%, комбинированное – у 39,4%, комплексное – у 45,6% больных.

Из 160 пациенток первичные реконструктивно-пластические операции выполнены после радикальной резекции, из них у 53 (33,1%) дефицит тканей молочной железы восполнен перемещением фрагмента широчайшей мышцы спины, у 103 (64,4%) – большой грудной мышцы, у 4 (2,5%) – использовали обе вышеуказанные мышцы.

Пациенткам с малыми размерами молочной железы в 59,2% случаев для реконструкции железы использовали фрагмент большой грудной мышцы, тогда как фрагмент широчайшей мышцы спины – в 35,9%. Напротив, при средних размерах молочной железы широчайшая мышца спины для восстановления молочной железы применена у 54,7%, а большая грудная мышца – у 26,9% пациенток. У всех 4 пациенток с комбинированной пластикой (фрагмент широчайшей и большой грудной мышцы) размер молочной железы был 3 по бюстгалтеру.

Послеоперационный период протекает без серьезных осложнений. Краевой некроз констатирован у 3 (1,9%), нагноение – у 9 (5,6%) и кровотечение – 2 (1,2%) пациенток.

Рецидив рака выявлен у 5 пациенток (3,1%).

Пластический компонент не мешает и не удлиняет сроки до момента начала проведения лучевой и химиотерапии.

Выполнение радикальных резекций с одномоментной реконструкцией молочной железы улучшает эстетический компонент органосохраняющих операций и является важным этапом для психосоциальной и трудовой реабилитации больных раком молочной железы.

Различные варианты органосохраняющего и функциональнщадящего лечения широко применяют в современной онкогинекологии. Одним из них является метод самостоятельной гормонотерапии (гестагенные препараты: 17 ОК, провера и т.д.) позволяющий при атипичской гиперплазии и раке эндометрия у больных молодого возраста (до 40 лет) добиваться излечения опухолевого процесса без хирургического вмешательства, сохраняя при этом репродуктивную функцию без угрозы возврата болезни. Разработанная в МНИОИ им. П.А. Герцена методика использована более чем у ста больных с АГЭ и РЭ Ia стадии. Результаты самостоятельной гормонотерапии обеспечили максимальную медико-социальную реабилитацию пациенток репродуктивного возраста. Менструальная функция сохранена у 74% женщин, генеративная функция реализована у 20% больных. За время наблюдения у 20 женщин наступило 30 беременностей; из них 14 закончились рождением здоровых детей.

Другим разработанным в последние годы и успешно использующимся в лечении патологии эндометрия является метод гистерорезектоскопической абляции, являющийся высокоэффективной малоинвазивной эндоскопической операцией. Показаниями к абляции эндометрия являются доброкачественные заболевания эндометрия, предрак и начальный рак тела матки у пациенток, завершивших генеративную функцию, пре- и постменопаузального возраста при неэффективности, резистентности или противопоказаниях к гормонотерапии или радикальному хирургическому лечению. Этот метод позволяет не только излечить онкологических больных, но и свести к минимуму риск развития хирургических осложнений, значительно сокращая продолжительность пребывания в стационаре.

Широкое внедрение эндоскопической техники и технологий привело к увеличению числа лапароскопических оперативных вмешательств, выполняемых в гинекологических стационарах общего профиля по поводу новообразований придатков. В ряде клиник указанные операции выполняют без срочного гистологического исследования, что привело к увеличению числа нерадикально оперированных больных с пограничными и злокачественными новообразованиями яичников. Эта тенденция послужила одной из причин внедрения лапароскопии в онкогинекологию. Классическим объемом органосохраняющего лечения при раке или злокачественных опухолях яичников является удаление пораженных опухолевым процессом придатков, резекция контрлатеральной гонады, субтотальная резекция большого сальника. Данный объем хирургического лечения хорошо известен и применяется онкогинекологами, однако выполнение лапаротомного разреза у молодых женщин сопряжено с эмоциональными переживаниями и в ряде ситуаций приводит к психологической травме. Применение лапароскопического доступа при новообразованиях гонад начальных стадий позволило, соблюдая принципы онкологической радикальности, избежать отрицательные последствия традиционной лапаротомии.

Органосохраняющие операции при начальных формах рака шейки

матки хорошо зарекомендовали себя и широко используются. В настоящее время онкогинекологи располагают целым спектром методик, позволяющих излечить пациентку от злокачественного новообразования с сохранением менструальной и репродуктивной функций. В МНИОИ им. П.А. Герцена выполнено более 800 подобных операций. Данные оперативные вмешательства выполняют с помощью лазеров, ультразвука, традиционно применяют ножевую ампутацию и электрокоагуляцию шейки матки.

При инвазивном раке шейки матки научно обоснована и внедрена разработанная в МНИОИ им. П.А. Герцена методика транспозиции яичников, позволяющая сохранить овариальную функцию при проведении комбинированного лечения и соответственно повысить качество жизни пациенток репродуктивного периода жизни.

В онкогинекологии активно продолжается научный поиск, направленный на разработку новых вариантов органосохраняющего и функциональнощадящего лечения онкологических больных.

Рак предстательной железы имеет высокие тенденции к росту во всем мире. Местно-распространенный рак предстательной железы требует агрессивной хирургии – цистпростатвезикулэктомии. Наш опыт составляет 90 наблюдений цистэктомии с выполнением одномоментной пластики мочевого пузыря у 52 пациентов. Из них умерли в ближайшем послеоперационном периоде 3 больных. Стриктура неоуретероанастомоза отмечена в 1,9% рефлюкс – 1,9% наблюдений. Пластика по Брикеру выполнена 35 пациентам. В то же время при такой же локализации возможно выполнение сохранного эндхирургического лечения в виде трансуретральной резекции. Наш опыт составляет более 200 наблюдений.

Из приведенных примеров следует, что минимизация резекции органов при T1 обусловлена, в первую очередь, за счет улучшения диагностики при помощи УЗИ, МРТ, маркеров – тиреоглобулина, СА-125, Р8А и др., а также возможности реального выполнения гормонального воздействия на фоновые процессы.

Проблема лечения поверхностного рака мочевого пузыря далека от своего разрешения. Частота рецидивов опухоли после хирургического оперативного лечения достигает 90%. Второй век профилактики рецидивов пытаются осуществлять введением различных лекарственных агентов (их более 40), но результаты улучшались незначительно.

С 70 годов XX века активно изучаются различные неспецифические иммуномодуляторы для профилактики и лечения поверхностных форм рака мочевого пузыря.

В МНИОИ им. П.А. Герцена разработана концепция применения цитокиновых препаратов (интерлейкин II, интерферон- α), позволяющих снизить число рецидивов до уровня, сопоставимого с использованием вакцин БЦЖ, характеризуемая в настоящее время «золотым стандартом». В то же время применение вакцины БЦЖ сопровождается высокой вероятностью возникновения ряда тяжелых осложнений, которые не встречаются при использовании цитокинов.

Другим альтернативным приемом профилактики рецидивов поверхностного рака мочевого пузыря может служить фотодинамическая терапия (ФДТ).

В основе ФДТ лежит образование свободных радикалов и синглетного кислорода. Эффективность фотодинамического повреждения sensibilizированной клетки определяется внутриклеточной концентрацией фотосенсибилизирующего агента (ФС), его локализацией в клетке и фотохимической активности системы фотосенсибилизатор-свет-кислород или реактивной способности свободных радикалов.

В МНИОИ им. П.А. Герцена ФДТ для профилактики рецидивов рака мочевого пузыря используют с 1999 года. В качестве фотосенсибилизатора использован фотогем (препарат синтезирован МИТХТ им. М.В. Ломоносова в 1992 г.). В результате доклинических испытаний была выявлена высокая опухолетропность препарата и способность sensibilizации опухолей к световому излучению длиной 630 нм. Фотогем вводили внутривенно в дозе 3 мг/кг. Через 48 часов проводили сеанс ФДТ.

ФДТ проведена 70 больным поверхностным раком мочевого пузыря после выполнения на первом этапе органосохраняющего хирургического лечения (трансуретральной резекции мочевого пузыря). Использовали плотность энергии 10-15 Дж/см². Большинство больных были с плохим прогнозом, т.е. высоким риском возникновения рецидивов – множественность поражения, низкая дифференцировка опухоли, предшествующее рецидивное течение. Срок наблюдения за большинством больных составил 4 года, рецидивы выявлены у 27,6%, а прогрессирование про-

цесса в виде появления инвазии опухоли в мышечный слой у 3,4%.

В контрольной группе больных отдаленные результаты лечения оказались значительно хуже.

Таким образом, метод ФДТ представляется достаточно перспективным для профилактики рецидивов и возможности органосохраняющего лечения рака мочевого пузыря. Комбинация его с применением цитостатиков и цитокиновых препаратов позволяет достичь дополнительно уменьшения количества рецидивов и опухолевой прогрессии поверхностного рака мочевого пузыря.

Лечение инвазивного рака мочевого пузыря связано с обширными, травматичными оперативными вмешательствами, включающими удаление всего органа с предстательной железой и семенными пузырьками у мужчин и внутренними половыми органами у женщин.

Разработаны и используются в клинике пластические операции по созданию искусственного резервуара из различных отделов желудочно-кишечного тракта (тонкая кишка, толстая кишка, желудок) или кожи. К сожалению не всегда эти операции позволяют достичь полной реабилитации и социальной адаптации пациента. Нами показана возможность выполнения органосохраняющих оперативных вмешательств (резекции пузыря) с удовлетворительными отдаленными результатами при инвазивном РМП с применением неоадьювантной и/или адьювантной лекарственной терапии. В ряде случаев эти вмешательства могут сопровождаться определенным пластическим компонентом с целью увеличения объема резервуара и создания адекватного оттока мочи по верхним и нижним мочевым путям.

Лечение злокачественных новообразований почки до недавнего времени рассматривалось только как выполнение органосохраняющих оперативных вмешательств через широкие, порой достаточно травматичные оперативные доступы. Широкое внедрение ультразвуковой диагностики в повседневную медицинскую практику позволило достаточно часто выявлять опухоли относительно небольших размеров, диаметром до 5 см. Появилась возможность внедрять в практику операции с сохранением функции органа (резекции почки того или иного объема) с выполнением лимфаденэктомии или без таковой. Опыт выполнения подобных вмешательств и наблюдения за больными позволяет считать, что при правильном определении показаний отдаленные результаты не отличаются от таковых при удалении органа.

Особенными преимуществами обладают органосохраняющие операции, выполняемые лапароскопическим доступом (их более 40) при которых значительно сокращается послеоперационный койко-день, снижается число осложнений, выгодный косметический эффект.

Следует отметить, что применение лапароскопических операций в онкоурологии, помимо резекции почки, используется при нефрэктомии, радикальных простатэктомиях, цистэктомиях, выполнении забрюшинных лимфаденэктомий у больных опухолями яичка.

Лапароскопическая лимфаденэктомия является важным диагностическим компонентом при лечении больных местно-распространенным раком предстательной железы для выработки концепции лучевой и гормональной терапии.

Органосохраняющее эндоскопическое лечение раннего рака полых органов применяют в МНИОИ им. П.А. Герцена с 1984 года. За истекший период разработаны и апробированы методики электро- и аргоноплазменной коагуляции, лазерной деструкции, фотодинамической терапии (ФДТ) при лечении больных с опухолевой патологией различных локализаций (гортань, бронхи, пищевод, желудок). Наиболее эффективными при лечении раннего рака бронхов, пищевода и желудка являются различные методики ФДТ (самостоятельной или в комбинации с аргоноплазменной деструкцией и электрорезекцией). При раннем раке гортани основным методом лечения остается лазерная деструкция опухоли. Показаниями к проведению эндоскопического лечения является ранний рак полых органов с инвазией в пределах слизистого и подслизистого слоев стенки органа.

Сеансы эндоскопического лечения проведены у 199 больных ранним раком различных локализаций: гортань – 56, бронхи – 34, пищевод – 51, желудок – 58 больных. При лечении раннего рака гортани у 42 пациентов применена лазерная деструкция, у 10 – аргоноплазменная коагуляция, у 4 – ФДТ.

С 1992 года всем больным ранним центральным раком легкого, а также пациентам с опухолями пищеварительного тракта проводят ФДТ. Непосредственные результаты оценивают через 6 месяцев после завершения курса эндоскопического лечения. Полная регрессия опухоли по-

лечена у 145 больных (гортань – 48, бронхи – 30, пищевод – 31, желудок – 36), частичная – у 54 (гортань – 8, бронхи – 4, пищевод – 20, желудок – 22). В группе пациентов с полной регрессией опухоли двое больных раком желудка были оперированы в первые полгода после ФДТ (контроль за эндоскопическим лечением), сроки наблюдения остальных больных составили: до 1 года – 58 больных (гортань – 32, бронхи – 11, пищевод – 6, желудок – 9), от 1 года до 3 лет – 32 (гортань – 5, бронхи – 8, пищевод – 5, желудок – 14), от 3 лет до 5 лет – 30 (гортань – 9, бронхи – 7, пищевод – 7, желудок – 7), от 5 до 10 лет – 23 (гортань – 2, бронхи – 4, пищевод – 13, желудок – 4). Рецидив возник у 23 больных (гортань – 3, бронхи – 2, пищевод – 13, желудок – 5). В данной группе один больной раком желудка был оперирован, у остальных пациентов выполнены повторные курсы эндоскопического лечения: полная регрессия получена у 16 пациентов (гортань – 3, бронхи – 2, пищевод – 7, желудок – 4). В настоящее время живы 98 пациентов (гортань – 41, бронхи – 13, пищевод – 19, желудок – 25), умерли – 53 (гортань – 4, бронхи – 13, пищевод – 23, желудок – 13), не наблюдаются – 48 (гортань – 11, бронхи – 8, пищевод – 9, желудок – 20). Причины смерти: прогрессирование опухолевого процесса – 16 (гортань – 1, пищевод – 9, желудок – 6), сопутствующая патология – 22 (гортань – 1, бронхи – 5, пищевод – 10, желудок – 6), прогрессирование синхронного рака другой локализации – 15 (гортань – 2, бронхи – 8, пищевод – 4, желудок – 1). Предварительные результаты свидетельствуют о перспективности метода.

Сегодня при раке ряда локализаций и ранних стадиях злокачественных опухолей можно ставить вопрос об использовании лучевой терапии как альтернативы хирургическому лечению.

Это касается рака предстательной железы, ряда опухолей головы и шеи, в том числе гортани, шейки матки, вульвы, лёгкого, трахеи и бронхов, десмоидных фибром и т.д. Указанное стало возможным за счет лучшей концентрации дозы в очаге поражения путём использования различных способов подведения различных видов энергии (наружное облучение в сочетании с брахитерапией) и радиомодификации. Рак шейки матки – сочетание лучевой терапии излечивает ??? больных.

Так, при раке трахеи и бронхов сочетанная лучевая терапия проведена у 61 пациента с первичным и рецидивным раком трахеи и бронхов. У 52 отмечена полная резорбция опухоли (при раке трахеи у 22 из 23%). Летальности не было. Живы более 3 лет – 7 пациентов, 4 года – 3, 10 лет – 1. Из 10 неоперабельных больных раком легкого 8 – без рецидива и метастазов в сроки более 3 лет. При первично множественном раке легких из 8. больных у 7 – полный эффект. Без рецидива от 2 до 5 лет. После нерадикальной операции из 8 больных 6 без рецидива в сроки от 1 до 7 лет.

У больных с экстраабдоминальными десмоидами химиогормонолучевое лечение позволило снизить процент рецидивов до 8,9% по сравнению с 92% после хирургического лечения. В группу химиолучевого лечения вошли и пациенты с нерезектабельными первичными и рецидивными десмоидными фибромами.

У больных раком простаты T1-2N0M0 и благоприятным прогнозом лучевая терапия по эффективности сопоставима с радикальной операцией. После дистанционного облучения 5-летняя безрецидивная выживаемость составила 85% (Zelefsky M.J. et al. 1998), после брахитерапии (1251 наблюдение) десятилетняя выживаемость составляет 93-98%.

Не менее важен пересмотр привычных представлений о возможностях и задачах лучевой терапии как компонента комбинированного лечения. С одной стороны при ранних стадиях и выполнении экономных органосохраняющих операций к лучевой терапии предъявляются требования обеспечения надежности онкологических результатов. Облучение после парциальных резекций гортани, молочной железы, прямой кишки и др. позволяет получать результаты, аналогичные таковым после радикальных операций с удалением всего органа. При раке гортани III ст. использование радиомодификаторов (ГБО и нетрадиционное фракционирование дозы) обеспечило выполнение парциальных резекций с пятилетней безрецидивной выживаемостью у 86%.

С другой стороны, у больных с местно-распространенными саркомами мягких тканей, когда возможности всех традиционных методов исчерпаны, использование интраоперационной лучевой терапии позволяет заменить ампутиации расширенными операциями с пластическим закрытием дефекта и сохранением конечности. У 77 больных с первичными и рецидивными саркомами мягких тканей конечностей сочетание операции с ИОЛТ и дистанционным облучением обеспечивает 72,8% пятилетнего излечения, при этом у всех удалось сохранить конечность.

В последнее десятилетие как самостоятельная академическая дисциплина начинают выделять новая специальность – онкологическая ортопедия. Онкологическая ортопедия – мультидисциплинарная наука, которая стоит на стыке хирургии, ортопедии и онкологии.

Основные направления исследований злокачественных опухолей опорно-двигательного аппарата включают диагностику и лечение первичных, метастатических опухолей костей, мягких тканей и кожи. Опухоли костей составляют 1-3% в общей структуре всех новообразований человека.

Заболеваемость первичными опухолями костей составляет у мужчин 1, а у женщин 0,6-0,7 случаев на 100.000 населения. Доброкачественные опухоли костей встречаются в 2-2,5 раза чаще злокачественных. Наиболее часто они встречаются у людей молодого и среднего возраста.

Базисными направлениями в лечении пациентов с первичными опухолями костей на данный момент являются методы комбинированного лечения с использованием агрессивных схем полихимиотерапии, лучевого лечения и органосохраняющие хирургические методы. Современные режимы предоперационной химиотерапии при саркомах костей позволяют в 80% выполнить радикальные органосохраняющие операции, а частота местных рецидивов при этом не превышает 10%. Расширяются показания для выполнения радикальных резекций с применением эндопротезов суставов длинных трубчатых костей. Эндопротезирование в онкологии позволяет в 70-75% получить хорошие и отличные анатомо-функциональные результаты.

Среди внедренных отечественных разработок последних лет выделяется метод внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза по Илизарову для лечения пациентов с метастатическим поражением длинных трубчатых костей, а также для замещения обширных дефектов длинных трубчатых костей при поздних осложнениях после эндопротезирования. Данный метод является альтернативой ампутации.

Усовершенствование анестезиологического пособия, хирургической техники и реконструкций обширных дефектов костей и мягких тканей приводят к увеличению количества сохраненных операций при опухолях костей таза, где часто радикальность операции требует выполнения комбинированных резекций костных структур.

У ряда больных для замещения пострезекционных дефектов применяются костно-мышечные трансплантаты на микрососудистых анастомозах. Усовершенствование методики выбора лоскута в зависимости от размера, локализации и характера замещаемого дефекта расширяет показания для применения его у онкологических больных.

Второе направление онкоортопедии – диагностика и лечение метастатических опухолей костей. Хирургическое лечение метастатических опухолей длинных трубчатых костей включает большой арсенал методов: эндопротезирование, чрескостный и погружной остеосинтез. Надо отметить, что применение чрескостного остеосинтеза у пациентов с «благоприятным» онкологическим прогнозом (метастазы рака молочной железы, лимфомы) позволяет на фоне проведения специального лечения в 70% добиться консолидации патологического перелома.

Около 40% костных метастазов локализуются в позвоночнике. Частота компрессии спинного мозга составляет 5-9%. Метастазы в позвоночник являются первым симптомом у 44% больных. Хирургическое лечение первичных и метастатических опухолей позвоночника является одним из драматичных разделов онкологической ортопедии.

Показаниями к хирургическому лечению являются: компрессия спинного мозга со ствольными нарушениями, болевой радикулярный синдром с отрицательной неврологической динамикой, нестабильность в пораженном сегменте, бесперспективность консервативного лечения и положительный стероидный тест на фоне компрессии спинного мозга. Наряду с обширными хирургическими вмешательствами на позвоночнике, в практику внедрен малоинвазивный метод лечения первичных и метастатических поражений позвоночного столба – вертебропластика. Суть данной методики заключается в чрескостном введении костного цемента в очаг литической деструкции, что в последующем создает стабильность в пораженном сегменте позвонка и позволяет купировать болевой синдром у 80% больных.

Перспективами лечения пациентов злокачественными опухолями позвоночника в настоящий момент являются разработка комплексной программы и повышение радикализма операций за счет использования новейших методов диагностики для планирования оперативных вмешательств.

Следующее направление – диагностика и лечение пациентов с

саркомами мягких тканей. Гетерогенная группа заболеваний, отличающихся по морфологическому строению, но имеющих общие черты в клинике и прогнозе развития болезни. Средний возраст заболевших составляет 40 лет. Саркомы мягких тканей требуют обязательного стадирования, результаты комплексного лечения напрямую зависят от стадии процесса. Так, например, общая и безрецидивная выживаемость при I стадии составляет 99% и 78% соответственно, при II стадии – 81% и 64%; III стадии – 52% и 36%. Неоадьювантное лечение, пластическая и реконструктивная хирургия позволяют увеличить частоту сохраненных операций до 85%. Выраженный лечебный патоморфоз, курсы профилактической химиотерапии позволяют улучшить общую 5-летнюю выживаемость до 78%. Перспективами лечения пациентов с саркомами мягких тканей являются совершенствование методов локального и системного стадирования, определение степени злокачественности, изучение факторов прогноза, эффективности новых комбинаций предоперационной химиотерапии, включающей высокие дозы препаратов.


Совершенствование методов диагностики, предоперационного планирования лучевой терапии, а также появление новых химиотерапевтических препаратов и биологически инертных имплантов позволяют значительно расширить показания к комбинированному и комплексному лечению первичных и метастатических опухолей опорно-двигательного аппарата, тем самым, улучшая качество жизни и увеличивая показатели выживаемости этого тяжелого контингента больных.

Предварительные результаты свидетельствуют о перспективности этого наиболее функционально-щадящего, органосохранного метода лечения.

Слайд 1

Основные направления исследований злокачественных опухолей опорно-двигательного аппарата

- Первичные опухоли костей
- Метастатические опухоли костей
- Опухоли мягких тканей туловища и конечностей
- Опухоли кожи



Слайд 2

Пациент И, 28 лет. Диагноз: Паростальная остеосаркома проксимального отдела левой бедренной кости. Операция: Резекция проксимального отдела левой бедренной кости с эндопротезированием тазобедренного сустава



Лечение пациентов с высокозлокачественными саркомами костей обязательно включают современные режимы пред- и послеоперационной химиотерапии, что позволяет в 80% случаев выполнить радикальные органосохраняющие операции, а частота местных рецидивов при этом не превышает 10%. Расширяются показания для выполнения радикальных резекций с применением эндопротезов суставов длинных трубчатых костей. Эндопротезирование в онкологии позволяет в 70-

75% случаев получить хорошие и отличные анатомо-функциональные результаты. (Клинический пример пациентки с остеосаркомой бедренной кости. Состояние после неоадьювантной химиотерапии и эндопротезирования коленного сустава. Остеосаркома III степень патоморфоза)

Слайд 3

Метастатические опухоли костей

• Хирургическое лечение метастатических опухолей длинных трубчатых костей

• Хирургическое лечение первичных и метастатических опухолей позвоночника и других губчатых костей



Еще один пример онкологического протезирования тазобедренного сустава выполненному пациенту с паростальной остеосаркомой бедренной кости

Слайд 4

Больная Г., 19 лет. Диагноз: Остеосаркома дистального отдела левой бедренной кости. Состояние в процессе комбинированной терапии.



Следующее направление онкологической ортопедии включает в себя диагностику и лечение метастатических опухолей костей.

Слайд 5

Больная Д., 73 лет. Диагноз: рак молочной железы. Метастазы в кости. Патологический подвертельный перелом левой бедренной кости.



Хирургическое лечение метастатических опухолей длинных трубчатых костей включает большой арсенал методов, к которым относятся эндопротезирование, чрескостный и погружной остеосинтез. На данном слайде клинический пример патологического перелома бедренной кости на фоне метастазов рака молочной железы. Выполнен погружной остеосинтез. Ходит без дополнительных средств опоры через 1 месяц после операции.

Слайд 6



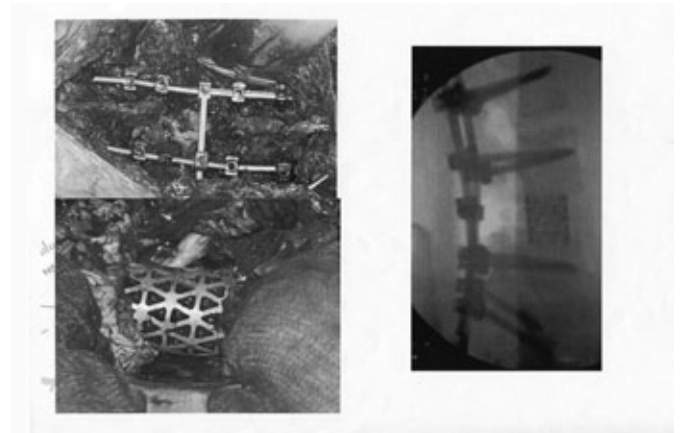
Около 40% костных метастазов локализуются в позвоночнике. Частота компрессии спинного мозга составляет 5-9%. Метастазы в позвоночник являются первым симптомом у 44% больных. Поэтому одним из драматичных разделов онкологической ортопедии является – хирургическое лечение первичных и метастатических опухолей позвоночника. Наряду с обширными хирургическими вмешательствами на позвоночнике в практику внедрен малоинвазивный метод лечения первичных и метастатических поражений позвоночного столба – вертебропластика. Суть данной методики заключается в чрескожном введении костного цемента, что в последующем создает стабильность пораженному сегменту позвоночника и позволяет купировать болевой синдром у 80% больных.

На слайде представлен клинический пример пациентки, которой выполнена вертебропластика L3 по поводу остеолитического метастаза рака молочной железы в тело L3, что позволило купировать болевой синдром, предотвратить патологический перелом.

Слайд 7



Слайд 8



Возвращаясь к разговору о драматическом разделе онкологической ортопедии хочется, отметить, что благодаря усовершенствованию анестезиологического пособия, хирургической техники и реконструкций обширных дефектов костей и мягких тканей приводит к увеличению количества радикальных и органосохраняющих операций у больных с опухолевым поражением позвоночника, когда ранее эта тяжелая категория пациентов считалась инкурабельными. (К примеру, выше изложенного представлены два слайда).

На первом слайде представлены данные КТ ангиографии пациентки с гигантоклеточной опухолью L4 позвонка с компрессионным синдромом, нижним вялым парапарезом.

На следующем слайде интраоперационные снимки и рентгенограммы выполненного объема оперативного лечения – вертебрэктомия с транспедикулярной фиксацией и эндопротезированием тела позвонка.

АВТОМАТИЗАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

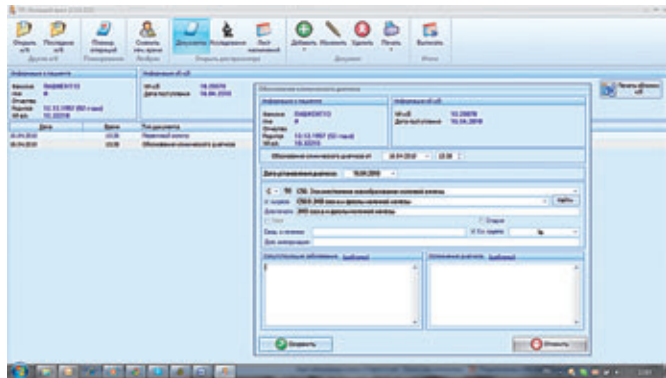
Сегодня мало найдется онкологических диспансеров, которые не сталкивались бы в своей работе с проблемами, связанными с **нерациональным использованием времени** сотрудников из-за необходимости многократного переписывания медперсоналом повторяющихся данных (паспортная часть, диагноз, анамнез и пр.); с **наличием очередей** в поликлинике из-за невозможности предварительно планировать время посещения пациентом врача; с **утраями амбулаторных карт и историй болезни** на бумажном носителе и потерей драгоценного времени на повторные обследования пациента; с **отсутствием оперативной и достоверной информации** о работе подразделений и учреждения в целом; с **финансовыми потерями** из-за штрафных санкций медицинских страховых компаний, нерационального расхода медикаментов и расходных материалов, повторное назначение дорогостоящих обследований и т.д.

Из-за специфики онкологии эти проблемы проявляются в онкологических диспансерах ярче и сильнее, а их последствия напрямую влияют на качество лечения больных ЗНО – например, из-за утери бумажной амбулаторной карты пациенту назначили повторные обследования, и на некоторые из них очередь на месяц-два вперед. Как оценить последствия потери этого драгоценного времени?

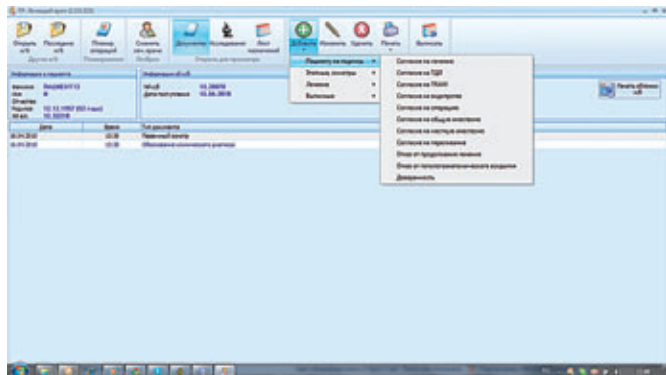
Настоящим спасением может стать внедрение медицинских информационных систем (МИС). К счастью, сейчас уже есть программные комплексы, учитывающие все тонкости конкретной специализации (в частности, онкологии) и «узко заточенные» под специфику работы онкологического диспансера любого уровня (город/область/республика) и вида деятельности (поликлиника и стационар).

Кому может помочь автоматизация?

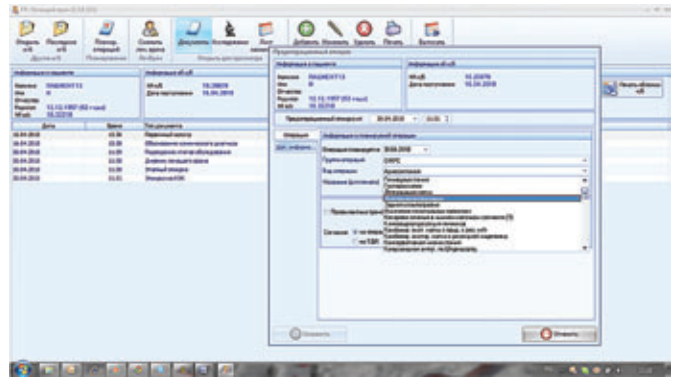
Во-первых, всем врачам стационара, т.к. ведение электронной истории болезни занимает в 1,5-2 раза меньше времени, чем ведение бумажной. Все документы в электронной и/б автоматически формируются на основании данных, один раз внесенных в систему, и автоматически вставляются в нужные поля других документов.



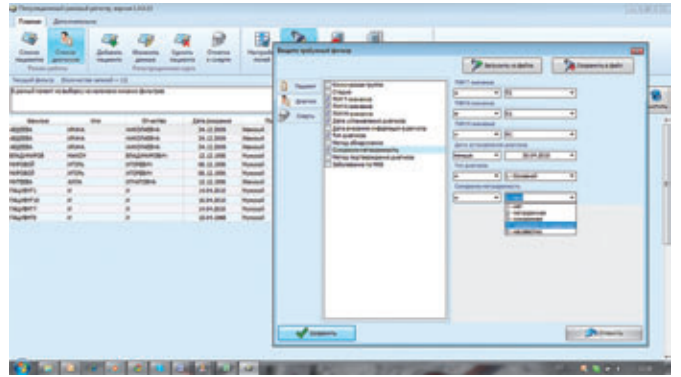
Также автоматически формируются бланки, подтверждающие согласие и отказ пациента (на лечение, все виды анестезии, операцию, переливание крови, эндопротез и т.п.); этапные документы (эпикризы, дневники, обоснование клинического диагноза и т.п.); документы по лечению (предоперационный эпикриз, протокол операции, курсы химиотерапевтического и/или лучевого лечения, их



особенности и результаты, назначение дорогих препаратов, направления на ПГИ и пр.).

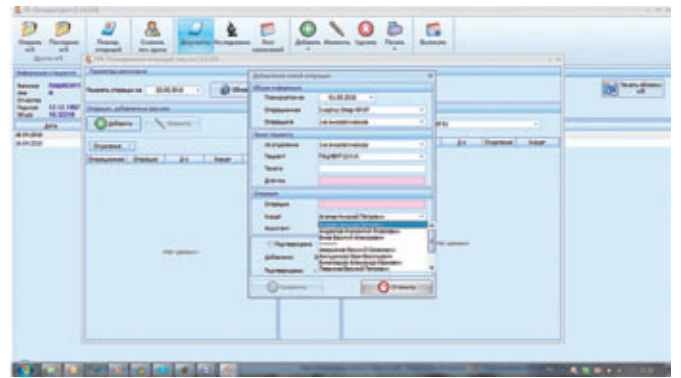


Система формирует полный пакет выписных документов (итоговый эпикриз, выписка, карты выжившего и пр.). Кроме того, использование легко изменяемых шаблонов делает оформление истории болезни еще более удобной и быстрой, а возможность просмотреть амбулаторную карту пациента с имеющимися результатами обследований, не выходя из ординаторской, позволяет не дублировать исследования и экономить массу времени, иногда жизненно важного для пациента.

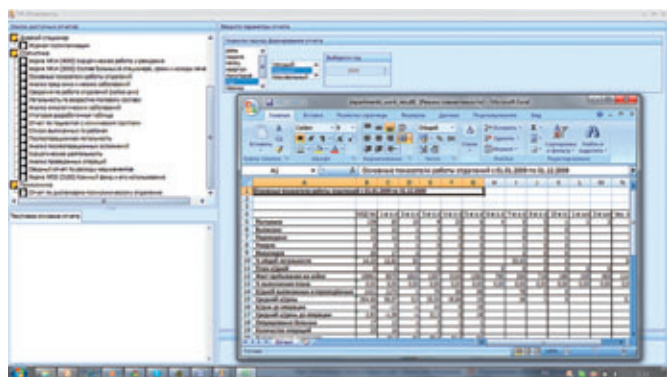


Особенно полезным будет программное обеспечение для врачей, ведущих активную научную работу, т.к. сложные выборки пациентов формируются за считанные минуты, что экономит огромное количество времени, которого всегда не хватает.

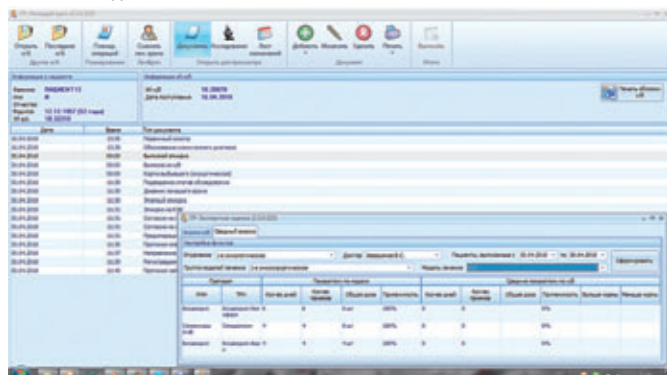
Система заметно разгрузит заместителя главврача по хирургической работе, т.к. составление графика операций на предстоящий день происходит автоматически на основании данных, введенных врачами отделений стационара. Т.е. отпадает необходимость сводить воедино информацию из всех отделений – надо просто утвердить или чуть подкорректировать график, сформированный системой в формате Excel.



Программный комплекс очень поможет всем службам, работающим с отчетностью и статистикой, т.к. все отчеты, определенные законодательством, а также произвольные, в удобном для анализа виде, формируются за считанные секунды.

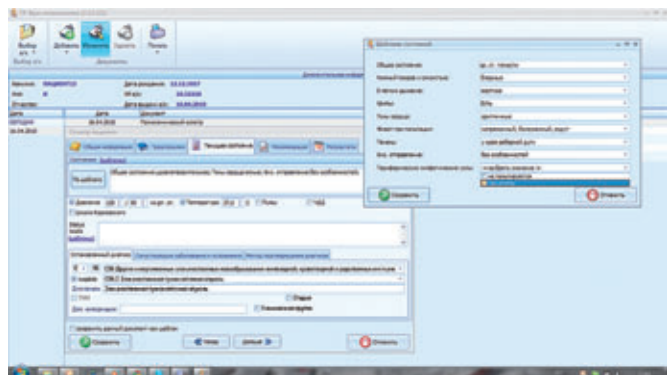


Отдельно стоит сказать о службе экспертизы: система позволяет быстро провести экспертную оценку соответствия проведенного лечения и модели лечения.



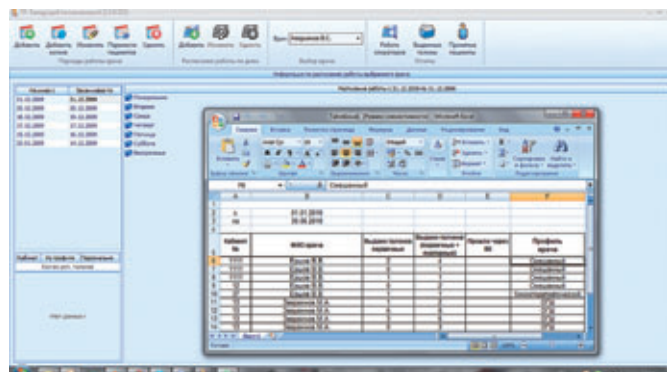
Главный врач в любой момент времени может легко получить интересующую его информацию (актуальную и достоверную) для принятия правильных управленческих решений. Онкодиспансер становится полностью защищенным от риска утери историй болезней и амбулаторных карты на бумажном носителе и всех связанных с этим проблем и финансовых издержек (назначения повторных дорогостоящих исследований, потери времени больного на эти повторные исследования). Контролируется фактический расход медикаментов и расход реактивов в лаборатории, оптимизируются закупки лекарственных средств и расходных материалов, и на сэкономленные 13-25 % годового бюджета учреждения на медикаменты можно закупить более эффективные и дорогостоящие препараты.

Программное обеспечение поможет и врачу поликлиники, т.к. работа с электронной амбулаторной картой происходит в разы быстрее, чем с бумажной. Кроме того, вся паспортная часть уже введена работником регистратуры, и врачу остается лишь за 3,5-4 минуты заполнить «Поликлинический осмотр» с помощью шаблонов и встроенных справочников, а все остальные документы (эпикризы, направление на МСЭ, регистрационная карта, протокол запущенности, направления и т.п.) сформируются автоматически.



Несомненно, программа порадует и заведующего амбулаторно-поликлиническим отделением, т.к. в его распоряжении будут отчеты, показывающие работу регистратуры и врачей, а также отчет о работе амбулаторно-поликлинического отделения. Он сможет легко коррек-

тировать расписание работы врачей при внезапных больничных и отпусках, «передать» пациентов, записанных на прием к другому врачу, организовать планирование посещений для сокращения очередей к специалистам поликлиники.



Можно еще много рассказать об удобствах использования специализированных медицинских информационных систем для старших и постовых медсестер, для экономиста и для сотрудников, отвечающих за диспансеризацию, – главное то, что практически все службы почувствуют существенную экономию времени при работе с документами.

Какие возможны сложности?

Если все так хорошо, то почему так мало онкологических диспансеров, использующих в своей работе нечто большее, чем популяционный регистр?

Перечислим основные моменты, к которым нужно быть готовым руководителю, решившему автоматизировать свое учреждение.

Во-первых, внедрение любого программного обеспечения – мероприятие достаточно хлопотное и затратное: кроме покупки и установки самой системы, а также обучения и технической поддержки медперсонала нужно построить в учреждении локальную сеть, закупить серверное и коммутационное оборудование, компьютеры, принтеры, организовать доступ к сети Интернет, позаботиться о том, кто будет вести техническое обслуживание всего этого оборудования.

Поскольку главной проблемой обычно является нехватка денег, то главврач вправе использовать все возможности для сокращения или хотя бы оптимизации затрат, а именно – обсуждать с компанией-разработчиком возможность поэтапного внедрения, скидки, расщепку по оплате. Однако для того, чтобы получить от системы все обещанные разработчиком результаты и преимущества, не стоит экономить на обучении сотрудников. Именно качественное обучение – залог быстрого и легкого освоения персоналом системы.

Человеческий фактор – особый пласт в отношениях разработчика и Заказчика. Именно он, на наш взгляд, является самым сложным в процессе внедрения МИС: автоматизация всегда вскрывает «больные» места, а иногда даже требует кардинально изменять организацию работ некоторых служб, а к этому сотрудники онкодиспансеров часто оказываются не готовы.

Период внедрения всегда сопровождается как скрытым, так и явным сопротивлением персонала – это нормальное нежелание людей менять привычный стиль работы, непонимание выгод автоматизации, боязнь компьютера, страх увольнения («Компьютеры будут делать всю работу, а мы станем не нужны!»).

К сожалению, полностью избежать этого невозможно, однако вполне реально минимизировать, заранее морально подготовив сотрудников к компьютеризации и создав у них четкое понимание того, что автоматизация неизбежна. При этом следует объяснить, что компьютер не может заменить человека, он может помочь человеку обработать большие объемы данных, но ввести эти данные в компьютер и потом задать параметры их обработки может только человек. Необходимо потребовать от разработчика не только организации качественного обучения, но и хорошей документации к программному продукту (в частности, кроме описания системы для технического специалиста обязательно должно быть хорошее руководство для пользователя, написанное понятным для медика языком и снабженное иллюстрациями).

Кроме того, существует прямая зависимость достоверности от-

четов от качества внесенных в систему данных и умения работы в системе работника, отвечающего за предоставление отчетности, потому что банальное неумение сотрудника задать параметры запроса приводит либо к предоставлению некорректной отчетности либо к убеждению, что компьютерные технологии – зло. Это опять говорит в пользу качественного обучения и хорошо организованной технической поддержки пользователей как минимум на этапе тестовой эксплуатации.

Наиболее «тяжело» внедрения происходят в тех учреждениях, где главный врач или его заместитель является единственным инициатором автоматизации. Опыт показывает, что при наличии у руководителя группы единомышленников, внедрение происходит намного быстрее и безболезненнее для остального персонала.

Однако, не смотря на перечисленные в этой статье проблемы, результаты многократно окупают все вложенные усилия и средства.

Главный вопрос, который возникает у любого руководителя, решившего автоматизировать работу своего учреждения, – что для этого нужно, и сколько это может стоить.

Общая стоимость внедрения любой медицинской информационной системы складывается из следующих затрат:

- на серверное оборудование для размещения базы данных (сервер, источник бесперебойного питания для сервера, коммутационное оборудование);
- на проектирование и строительство локальной сети в учреждении (для организации доступа пользователей к базе данных);
- на организацию и ежемесячную оплату доступа к сети Интернет (для удаленного администрирования и обновления программы);
- на организацию и сопровождение автоматизированных рабочих мест, подключенных к локальной сети (компьютеры, сетевые принтеры);
- на закупку самой медицинской информационной системы;
- на внедрение медицинской информационной системы (установка, настройка, обучение персонала работе в системе);
- на текущее техническое сопровождение медицинской информационной системы (поставка обновлений с новым функционалом, с изменениями в соответствии с требованиями медицинского законодательства).

Руководитель должен реально оценить свои потребности и грамотно распланировать все мероприятия по автоматизации. Наиболее быстро проходят внедрения в учреждениях, в которых уже построена локаль-

ная сеть, и приобретены компьютеры для пользователей. Однако серверное оборудование лучше закупать уже после того, как руководитель онкоучреждения определился с системой и запросил у разработчика требования к серверу – это уберечь руководителя от ситуации, когда закупленное им оборудование окажется неподходящим для выбранной системы. Идеальным, но и более дорогим вариантом является, конечно, решение «под ключ», когда разработчик проводит предпроектные изыскания, проектирует сеть, составляет требования к компьютерной технике, к серверному и коммутационному оборудованию. В этом случае гарантированы качество и быстрота внедрения, надежность дальнейшей эксплуатации системы, а главное – онкоучреждение получит действительно то, что ему нужно.

Зачастую скрыт и не принимается во внимание такой аспект: Руководитель задумывается, а что же он, собственно, хочет, и обсуждает это с разработчиком. В результате у него появляется четкое представление того, что нужно. И очень часто в результате обдумываний главврач понимает, что ему необходим продукт, совершенно не похожий на то, что он хотел с самого начала. Т.е. наиболее правильным является проектирование функционала системы на этапе, когда еще ничего нет. Это избавляет клиента от мучительного длинного и дорогого пути до ожидаемого результата.

В заключение отметим, что на сегодняшний день любое учреждение может позволить себе автоматизацию. Надо только по-настоящему этого хотеть, а главное – действовать: искать финансирование, рассматривать варианты поэтапной автоматизации, оговаривать рассрочку по оплате, скидки и т.п., тем более что компании-разработчики искренне готовы идти навстречу, понимая все сложности, с которыми приходится сталкиваться онкодиспансерам в период кризиса.

Хочется отдельно поблагодарить за мужество и дальновидность главных врачей, решивших автоматизировать деятельность вверенных им онкодиспансеров. Именно их неравнодушие к судьбе своих пациентов, их забота о комфортных условиях труда для своих подчиненных, их личная энергия и являются теми уникальными факторами, благодаря которым даже в период экономического кризиса улучшаются условия труда для сотрудников, оптимизируются расходы и в итоге – поднимается статус онкологических учреждений и обеспечивается достойный уровень оказания медицинской помощи онкологическим больным.

ВОЗМОЖНОСТИ УЗ-АБЛАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ.

Назаренко Г.И., Хитрова А.Н., Краснова Т.В., Кучин Г.А., Мельченко Д.С.

МЦ «Банка России»

Описаны три основных механизма повреждающего действия HIFU. Первый и основной – это механизм термической абляции [16,29]. Ультразвук высокой энергии обладает уникальным свойством проникать через здоровые ткани, не повреждая их, однако при фокусировке в небольшой зоне вызывает моментальное повышение температуры до 90° С, достаточное для развития коагуляционного некроза. Поверхностные и окружающие очаг ткани при этом остаются интактными (Рис.1).

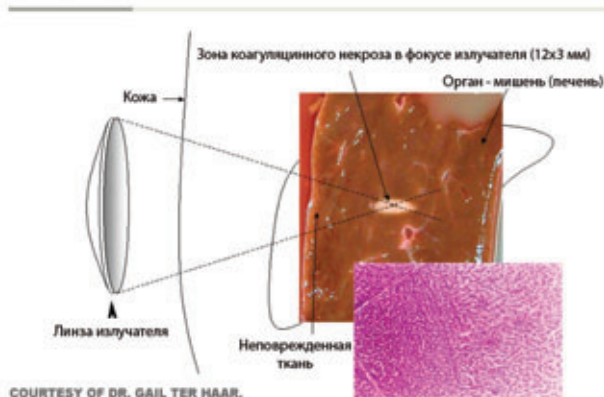


Рис. 1. Схема ультразвуковой абляции. Пьезоэлектрическая линза фокусирует высокоэнергетический ультразвук в определенной точке, вызывая немедленное развитие коагуляционного некроза.

Способность ультразвука вызывать некроз в опухоли, расположенной на значительном расстоянии от источника ультразвука, позволяет считать HIFU методом реально неинвазивного локального лечения.

Вторым механизмом является механизм акустической кавитации, приводящим к тканевому некрозу в результате действия механического и термического стресса [21]. Ультразвук вызывает вибрацию в тканях, при этом молекулярные структуры подвергаются поочередному сжатию и разрежению. Источником микропузырьков газа являются внутриклеточные органеллы и внутритканевая жидкость. При коллапсе пузырьков под воздействием энергии ультразвуковой волны выделяется огромное количество энергии, акустическое давление достигает нескольких тысяч Па, температура повышается до 2000-5000° С, что вызывает гибель ткани [7].

Повреждение мельчайших сосудов опухоли, имеющее место в процессе ультразвуковой абляции является третьим механизмом повреждения опухолевой ткани [13,17,25,28,31]. Воздействие высокоэнергетическим фокусированным ультразвуком вызывает прямое повреждение сосудов, питающих опухоль; тем самым прекращается подача кислорода, нарушается трофика ткани опухоли.

На самом деле, невозможно вычленить хотя бы один из этих механизмов из эффекта ультразвуковой абляции: все они происходят в размеченном объеме одновременно. Коагуляционный некроз, возникающий при ультразвуковой абляции, обусловлен суммарным биологическим эффектом теплового воздействия, кавитации и разрушения сосудов опухоли.

Ультразвуковая абляция злокачественных опухолей может использоваться с целью полного излечения, либо паллиативного лечения при распространенном раке. HIFU может использоваться с целью циторедукции и эффективного контроля локального опухолевого роста, при этом повышается качество жизни пациента: уменьшается или исчезает боль в терминальной стадии рака, уменьшается риск кровотечения, формирования свищей.

В странах Европы и Азии HIFU применяется для лечения солидных опухолей (злокачественных и доброкачественных, включая: рак пред-

стательной железы, первичные и метастатические опухоли печени, молочной железы, почек, костной ткани, поджелудочной железы, опухолей мягких тканей). Получены обнадеживающие онкологов среднесрочные результаты лечения рака предстательной железы [27], первичных опухолей печени [32,35], рака молочной железы [37], а также – остеосаркомы [8-12].

Методика лечения. В процессе HIFU лечения могут использоваться несколько режимов «обстрела». Например, единичный выстрел с фокусом эллипсоидной формы или множественные точечные выстрелы в виде линии или «дорожки». При неинвазивной HIFU – абляции энергия ультразвука доставляется непосредственно в намеченный фокус, который устанавливается в выбранный оператором срез опухоли. Единичный очаг поражения фокусированным ультразвуком ограничивается в поперечнике несколькими миллиметрами, поэтому необходимо смещать зону фокуса, располагая участки абляции один за другим до тех пор, пока ими не будет покрыт весь срез. Затем оператор приступает к следующему срезу, до тех пор, пока весь объем опухоли не будет пролечен.

Подобная методика абляции является более эффективной по сравнению с радиочастотной абляцией, при использовании которой распределение энергии происходит более неравномерно. Система наведения и контроля лечения во время процедуры абляции. Важным фактором лечения HIFU является возможность точного контроля процедуры. Лечение опухолей осуществляется под ультразвуковым наведением в режиме реального времени. Взаиморасположение диагностического и лечебного модуля фиксируется в памяти компьютера. Положение фокуса абляции фиксируется в опухоли. Появление зон абляции и уровень абляции отслеживается по изменениям в серой шкале в процессе лечения. Оптимальными методами последующей оценки эффективности лечения являются КТ и МРТ с контрастным усилением, а также гистологическое исследование биопсийного материала.

Целью нашего исследования явилась оценка возможности применения и безопасности метода для лечения опухолей человека различной локализации.

Материалы и методы: с июля 2008 г по апрель 2010 года в Медицинском Центре Центрального банка Российской Федерации было выполнено абляция 6 метастатических очагов в печени, 2 опухолей поджелудочной железы, 3 опухолей молочных желез, 108 узлов фибриомы матки. Лечение осуществлялось на аппарате модели JC (HIFU Technology Co, China) под ультразвуковым наведением в режиме реального времени.

Методами контроля эффективности лечения являлись: КТ, МРТ с контрастным усилением, столбиковая биопсия, гистологические исследования после мастэктомии.

Результаты: во всех случаях отмечалась хорошая переносимость процедуры, хотя у большинства онкологических пациентов абляция проводилась после продолжительной химиотерапии. Отмечались следующие побочные эффекты: отек молочных желез, проходящий через неделю после процедуры, уплотнение в зоне абляции, проходящее в течение 7-9 месяцев после процедуры, при лечении очагов в печени – кратковременное повышение уровня трансаминаз, температура до 38° до 3-х дней после абляции, уплотнение мягких тканей межреберья при лечении подкапсульного очага в печени, прилежащего к грудной клетке. Серьезных осложнений зарегистрировано не было. Результаты воздействия оценивались по объему частичной или полной абляцией опухолевых узлов в зависимости от поставленной цели лечения (радикальное или паллиативное лечение).

Представляем собственные наблюдения ультразвуковой абляции опухолей различной локализации.

Пациентка З. 1945 г.р. В марте 2008 г. была произведена ультразвуковая абляция солитарного метастаза колоректального рака правой доли печени. На рис.2А-2Б-2В представлены компьютерные томограммы опухолевого узла до абляции (А), через две недели (Б), через 6 мес и 12 мес после абляции. Отчетливо прослеживается уменьшение размеров очага в динамике. По результатам гистологии: в очаге регистрируется замещение опухолевой ткани фиброзной.

Пациент Т. 1935 г.р. В сентябре 2008 г произведена паллиативная абляция одного из крупных метастазов в печень низкодифференцированного рака желудка, расположенного на уровне бифуркации общего печеночного протока на правую и левую ветвь. Пациент погиб от прогрессирования заболевания, однако прогнозируемая по локализации узла высокая механическая желтуха у пациента не развилась, при этом

удалось избежать чрезкожного чреспеченочного дренирования желчевыводящих путей.

Пациент Б., 1929 г.р. В 200... г – левосторонняя нефрэктомия по поводу рака почки. В ...г. была диагностирована опухоль на границе головки и тела поджелудочной железы. В данном случае использование обычного режима абляции (с энергией 300–400 Вт) было невозможным, так как сразу за опухолью по передней стенке аорты располагалась крупная (12 x 8 мм) кальцинированная бляшка. Известно, что плотные кальцифицированные структуры (конкременты, кортикальный слой костной ткани) накапливают тепловую энергию в двести раз больше, чем окружающие мягкие ткани, поэтому в данном случае при использовании обычных режимов инсонации существовала реальная опасность повреждения стенки аорты в момент процедуры. По совету наших китайских коллег (личные контакты) мы использовали энергию, не превышающую одну треть от максимальных значений (80–120 т по 1000 сек инсонации в течение 8 сеансов (4 +4) с перерывом в три месяца)). По своей сути использовался метод ультразвуковой дистанционной гипертермии. Однако в результате 6 процедур при инсонации одного и того же очага по результатам гистологического исследования через 6 месяцев после начала лечения в опухолевой ткани преобладали явления фиброза. Нежизнеспособные атрофичные клетки аденокарциномы поджелудочной железы в виде единичных скоплений были «замурованы» в фиброзной ткани. Через 11 мес. – по данным КТ роста опухоли нет. Качество жизни пациента оставалось хорошим. Пациент погиб через 1 год и 3 месяца от диссеминации опухолевого процесса. В результате воздействия фокусированного ультразвука высокой энергии удалось избежать развития механической желтухи и болевого синдрома, хотя на момент первичной диагностики опухоли имелись признаки инвазии верхнебрыжеечных сосудов и области чревного сплетения.

Пациентка О., 1952 г.р. Рак правой молочной железы диагностирован в янв 2010 г. было получено согласие пациентки на проведение ультразвуковой абляции опухоли до проведения мастэктомии в рамках клинического испытания (предполагаемая выгода – снижение риска диссеминации опухолевых клеток во время операции, так как при воздействии фокусированного ультразвука высокой энергии происходит «заваривание» сосудов опухоли). В процессе абляции на сек. появились явления кавитации, воспроизводимые во время каждой инсонации. Поскольку опухоль располагалась в 5 мм от кожи существовала опасность ее повреждения, в связи с чем, процедура была досрочно завершена. Значение усредненной энергии составило 180 Вт, общее время инсонации 720 секунд, фокусировка луча осуществлялась преимущественно по центру опухоли. Осложнений процедуры зарегистрировано не было. Через сутки после абляции была произведена мастэктомия. По результатам гистологического исследования нам удалось получить зону фибриноидного некроза, в пределах 60 % объема опухоли, по периферии зоны абляции отмечалось выраженное полнокровие, красные тромбы в просветах вен мышечного типа, некрозы стенок сосудов, лейкоцитоз, периваскулярная гранулоцитарная воспалительная инфильтрация. единичные железистые структуры аденокарциномы с выраженными дистрофическими изменениями и признаками атрофии.

Мы планируем продолжить эту работу с последующей полной и абластичной абляцией опухолей молочных желез и проведением сравнительных исследований выживаемости группы пациенток с включением ультразвуковой абляции в качестве метода локального контроля опухоли и пациенток со стандартным лечением.

Наибольший опыт накоплен нами в лечении миомы матки.

Безусловно интересно наблюдение пациентки К., 1978 г.р. (32 л). В анамнезе – несколько выкидышей на фоне крупного (6 см) субмукозного узла. В августе 2008 г. нами была произведена ультразвуковая абляция узла по стандартной методике (750 секунд инсонации, усредненная средняя энергия 280 Вт). В июле 2009 г пациентка забеременела. На момент ультразвуковой диагностики беременности (6 недель) объем редукции узла составил %, при этом отмечалось полное восстановление нормальной конфигурации полостной системы матки, что дало возможность прикрепления плодного яйца и вынашивания беременности. 4 апреля у пациентки К. родилась здоровая девочка. Развитие ребенка происходит нормально. При проведении кесарева сечения узел был удален. единичные железистые структуры аденокарциномы с выраженными дистрофическими изменениями и признаками атрофии. Заключение гистолога: полный фиброз миоматозного узла с явлениями кальцификации.

Заключение: по результатам проведенного нами небольшого исследования ультразвуковая абляция является безопасным и эффективным методом воздействия на опухолевую ткань и может использоваться для локального контроля опухолевого роста.



Рис.2А КТ-ки 3. 67 лет. Солитарный метастаз колоректального рака в печень до проведения ультразвуковой абляции



Рис. 2Б. КТ п-ки 3. Солитарный метастаз колоректального рака в печень через 2 недели после проведения ультразвуковой абляции



Рис. 2В.Та же пациентка через 11 мес. Отчетливое уменьшение очага в печени по данным КТ

Литература:

- Hill CR, Rivens I, Vaughan M, et al. Lesion development in focused ultrasound surgery: a general model. *Ultrasound Med Biol.* 1994; 20:259-69.
- Vaughan M, ter Haar G, Hill CR, et al. Minimally invasive cancer surgery using focused ultrasound: a pre-clinical, normal tissue study. *Br J Radiol.* 1994;67 : 267-74.
- Maris H, Balibar S. Negative pressures and cavitation in liquid helium. *Physics Today.* 2000; 53:29-32
- Clement GT. Perspectives in clinical uses of high-intensity focused ultrasound. *Ultrasonics.* 2004; 42:1087-93.
- Delon-Martin C, Vogt C, Chignier E, et al. Venous thrombosis generation by means of high-intensity focused ultrasound. *Ultrasound Med Biol.* 1995; 21:113-9.
- Hunynen K, Chung A, Colucci V, et al. Potential adverse effects of high-intensity focused ultrasound exposure on blood vessels in vivo.

- Ultrasound Med Biol. 1996; 22:193-201.
7. Rivens BH, Rowland IJ, Denbow M, et al. Vascular occlusion using focused ultrasound surgery for use in fetal medicine. *Eur J Ultrasound*. 1999; 9:89-97.28.
 8. Vaezy S, Martin R, Kaczowska P, et al. Use of high-intensity focused ultrasound to control bleeding. *J Vase Surg*. 1999;29: 533-42
 9. Wu F, Chen WZ, Bai J, et al. Tumor vessel destruction resulting from high-intensity focused ultrasound in patients with solid malignancies. *Ultrasound Med Biol*. 2002; 28: 535-42.
 10. Thuroff S, Chaussy C, Vallancien G, et al. High-intensity focused ultrasound and localized prostate cancer: efficacy results from the European multicentric study. *J Endourol*. 2003;17:673-7
 11. Wu F, Wang ZB, Chen WZ, et al. Advanced hepatocellular carcinoma: treatment with high intensity focused ultrasound ablation combined with transcatheter arterial embolization. *Radiology*. 2005; 235:659-67.
 12. Wu F, Wang ZB, Chen WZ, et al. Extracorporeal high intensity focused ultrasound ablation in the treatment of patients with large hepatocellular carcinoma. *Ann Surg Oncology*. 2004;11:1061-9.
 13. Wu F, Wang ZB, Zhu H, et al. Extracorporeal high intensity focused ultrasound treatment for patients with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2005; 92:51-60
 14. Chen WZ, Wang W, Zhu H, et al. Clinical follow-up reports on high-intensity focused ultrasound treatment of osteosarcoma. In *Proceedings of 4th International Symposium on Therapeutic Ultrasound*; September 18-20, 2004; Kyoto, Japan.
 15. Chen WZ, Wang ZB, Wu F, et al. High intensity focused ultrasound in the treatment of primary malignant bone tumour. *Chin J Oncol* 2002; 24:612-615.
 16. Chen WZ, Wang ZB, Wu F, et al. High intensity focused ultrasound alone for malignant solid tumors. *Chin J Oncol* 2002; 24:278-281
 17. Chen WZ, Wu F, Zhu H, et al. Preliminary study on high intensity focused ultrasonic treatment of osteosarcoma. *Chin J Clin Oncol* 2001; 28:489-491
 18. Chen WZ, Zhou K. High-intensity focused Ultrasound ablation A new Strategy to manage primary bone tumors. *Current Opinion in Orthopaedics* 2005, 16; 404-500

PREOPERATIVE CHEMORADIATION FOR LOCALLY ADVANCED RECTAL CANCER

Valerio PARISI

Saint Jhonn BOSCO-NAPLES ITALY

INTRODUCTION

Although the management of locally advanced rectal cancer has remarkably improved in recent years with the introduction of a multimodality approach and the optimization of the single treatment components, the best strategy still remains a challenge. The recognition of the importance of the mesorectum with the circumferential resection margin (CRM), and the consequent wide adoption in the surgical technique of the total mesorectal excision (TME), has resulted in a significant decline of the local recurrence rate [1]. Moreover, preoperative radiotherapy (RT) was shown to further reduce the risk of local recurrence, even when an optimal surgery was carried out [2], and the results of recent randomized European trials have highlighted the significant improvement of the local control obtained by preoperative 5-fluorouracil (5FU)-based chemo-radiotherapy (CRT) in comparison with preoperative RT alone [3-4], or postoperative CRT [5]. In addition, there was evidence of further benefits in favor of the preoperative CRT, such as a significant increase of pathologic complete response, a greater rate of sphincter-preservation surgery in patients initially deemed to require an abdominal-perineal (AP) resection, a better compliance with (of) the planned treatment, and a lower incidence of acute and late toxicity. However, they did not demonstrate a positive impact on the occurrence of distant metastases, recurrence-free survival (RFS), and overall survival (OS), underlining the need for a more intensified systemic therapy into the multimodality approach.

We have previously demonstrated that a biweekly combination of OXA, RTX and 5FU/LFA delivered over two days was a tolerated and very active regimen in heavily pretreated colorectal cancer patients [22]. Furthermore, we have reported that the delivery of this regimen during preoperative pelvic

RT in poor prognosis rectal cancer patients produced a high rate of complete or subtotal tumor response [23]. Since the number of TRG1 or 2 required by the statistical design of this phase II study was already reached in the first 31 treated patients, we decided to test a slight reduction of 5FU dosage in a comparable number of patients, with the aim of further improving the safety, and better estimating the activity of this combination. Herein we report the comparative safety and activity results in these two series, as well as long-term data on freedom from recurrence (FFR), and OS of the whole population.

PATIENTS AND METHODS

Patients were eligible if they had a histological confirmed untreated rectal adenocarcinoma with poor prognostic presentation. A poor prognosis was defined as: cT4, cTanyN1-2, or cT3N0 located in the lower third of the rectum, and/or with a CRM \leq 5 mm by magnetic resonance imaging (MRI). Baseline work-up was performed within 6 weeks before initiation of study treatment, and included recto-colonoscopy with biopsy, carcinoembryonic antigen (CEA) serum level determination, endorectal ultrasound (EUS), chest, thoracic, abdominal and pelvic computed tomography (CT) scan, abdominal and pelvic MRI. In the case of discrepancy between US and MRI, patients were assigned to the highest tumor stage.

CRT treatment

Conformal RT was delivered by a three-field box technique, consisting of a posterior-anterior and two lateral fields, using high-energy X photons (6–20 MV) by a Varian CD 2100 linear accelerator, to a total dose of 45 Gy over 5 weeks (1.8 Gy x 5 fractions/week) to the reference point according to International Commission on Radiation Units (ICRU). Details of treatment planning, definition of irradiated fields, and quality control were previously reported [23]. Chemotherapy consisted of 3 biweekly cycles, delivered on days 1 and 2 (immediately before RT) of the first, third and fifth week of treatment. Oxaliplatin 100 mg/m² was delivered as 2-h i.v. infusion, followed by RTX 2.5 mg/m² as 30-min i.v. infusion on day 1. On day 2, LFA 250 mg/m² was infused i.v. over 2 hours, followed by 5FU i.v. bolus. Dosage of 5FU was 900 mg/m² for the first 31 patients, and 800 mg/m² for the subsequent 32 patients. Dose adjustments for adverse events were already reported [23].

Surgery

Disease restaging was performed with EUS, chest, abdomen and pelvic CT scan, MRI of the pelvis, and CEA serum level. Surgery was planned 8 weeks after the completion of CRT, and an anterior resection (AR) or abdominal-peritoneal resection (APR) with TME was performed on the basis of restaging. Low colonic anastomosis were protected by a loop ileostomy, and ileostomy reversal was performed after endoscopic assessment of anastomotic integrity.

Pathology

Post-surgical pathologic examination provided a macroscopic description of the mesorectum and of the former tumor-bearing area. For residual tumor, at least four paraffin blocks were processed, and an additional large area block was embedded. If no tumor was visible, the entire suspicious area was sliced and embedded. CRM was examined by sampling a 1 mm thick slice, while lymph nodes were searched by manual dissection. The CRM was considered involved if microscopic tumor was present at or less than 1 mm from the radial resection margin.

The tumor regression grade (TRG) was independently assessed by two pathologists (F.T. and N.S.), and scored according to a 5-point system [25]. Briefly, TRG1 was a complete (regardless of the presence of acellular mucine lakes), and TRG2 was a nearly complete tumor regression with extensive fibrosis; TRG3 was a clear evidence of residual cancer cells, but with predominant fibrosis; TRG4 was a residual of cancer cells outgrowing fibrosis; TRG5 was the absence of regressive changes. In the case of discrepancy between two pathologists, the worse TRG score was assigned.

A complete pathologic response was defined as the achievement of a TRG1 without nodal metastases; a major response consisted of a TRG2-3 associated with no CRM involvement and absence of nodal metastases, while a TRG4-5, or any TRG associated with CRM involvement and/or nodal metastases, were classified as minor/no response.

Adjuvant chemotherapy and follow-up

Four months of adjuvant chemotherapy with weekly 5FU 370 mg/m² and LFA 20 mg/m² were planned only for patients with cT4 lesions, and with ypN1 positive and/or ypCRM < 1 mm. Patients were assessed with pelvic MRI, chest and abdominal CT scan, CEA serum level, and rectoscopy every 3 months for the first 2 years, every 6 months for the next 3 years, and annually thereafter.

RESULTS**Patients characteristics**

From July 2002 to September 2006, a total of 63 (first series, 31; second series, 32) patients were enrolled into this study. Main demographic and clinical characteristics did not differ between the two series (Table 1). Most patients were at moderately-high (29 cases, 46%) or high (23 cases, 37%) risk of recurrence according to the Gunderson classification [6]. In addition, a CRM ≤ 5 mm was detected in 43 (68%) cases, and the tumor was located ≤ 5 cm from the anal verge in 34 (54%) patients. A clinical involvement of local lymph nodes was detected in 52 (83%) patients. It should be underlined that 6 out of 10 T3N0 tumors had either a location in the lower third of the rectum, or a CRM ≤ 5 mm.

Surgery and pathologic response

All patients proceeded to surgery after a mean of 8.2 (range, 4.4 to 15.7) weeks from the end of CRT. All but one patient of the second series, who underwent a local excision after achieving a complete clinical response, were submitted to radical surgery, which was an AR in 55 cases, and an APR in 7 cases. It should be noted that in patients with a tumor located ≤ 5 cm from the anal verge, a conservative radical surgery was feasible in 79% (26 of 33), compared with the pretreatment expected rate of 24% (8 of 33). More in detail, 12 of 15 (80%) patients with a tumor distal border ≤ 3 cm from the anal verge, in whom before CRT the surgeon deemed necessary an AP resection, were converted to sphincter-sparing resection.

Sixty-one (97%) patients had a R0 resection, because a CRM <1 mm was detected in 2 patients of the first series. No patient showed an increase of T or N stage, while pathologic tumor downstaging was detected in 51 of 62 (82%) patients. As for the TRG classification, an agreement between the two pathologists was achieved in 51 (81%) cases. In the remaining examinations, in which there was an inter-observer discrepancy, this was mainly due (9 of 12) to a different scoring of TRG2 and TRG3. According to the worse assigned score, 25 (40%) cases were classified as TRG1, 16 (25%) cases as TRG2, 13 (21%) cases as TRG3, and 9 (14%) cases as TRG4. No TRG5 was registered. Distribution of TRG according to the delivered 5FU dosage is reported in Table 3. No significant differences were observed between the two series. With a mean of 37 (range, 10 to 80) lymph nodes retrieved and examined, a nodal involvement was detected in 12 (pN1, 9 cases; pN2, 3 cases) of 62 (19%) patients, with a median number of 2 (range, 1 to 11) involved lymph nodes. Of the 12 patients with lymph node metastases, 2 (17%) had proximal lymph node involvement. One patient with a TRG1 showed a single nodal micrometastatic focus. Overall, pathologic nodal downstaging was detected in 40 of 52 (77%) patients. On the whole series, a complete response was obtained in 24 (39%, 95% CI, 27-52%) patients, a major response in 20 (32%, 95% CI, 21-45%) patients, while minor/no response was registered in 18 (29%, 95% CI, 18-42%) patients. No significant differences were seen in proportions of patients achieving a complete or major response according to baseline characteristics (Table 4). A complete (13 cases) or major (8 cases) response was obtained in 21 of 33 (64%) patients with a cN1 tumor, as opposed to 13 (6 complete and 7 major) responses obtained among 19 patients (68%) with a cN2 tumor.

Post-surgical complications and late side effects

There were no intra or postoperative deaths. Two patients with low colonic anastomosis refused stoma closure. Twenty-two post-surgical complications occurred in 19 (30%) patients and were as follows: four anastomotic fistula, three fistula with vagina, one fistula with bladder, five anastomotic stenosis, five pelvic abscess, two delay in perineal healing, one bowel adhesion after ileostomy closure and one anastomotic leakage in a male patient that refused loop ileostomy. An additional surgical procedure was necessary in 8 patients (two pelvic abscess, one anastomotic leakage, one bowel adhesion, two fistula with vagina, one anastomotic fistula and one anastomotic stenosis).

Moderate and severe late adverse events concerned the anorectal and sexual functions, and were reported in 25 (40%) patients. An impairment of anorectal function was observed in 13 patients and consisted in stool frequency in 8 patients (moderate in 5 cases and severe in 3 cases), faecal and gas incontinence in 3 patients (moderate in 2 cases and severe in 1 case), and constipation in 2 patients (moderate in 1 case and severe in 1 case). Sexual discomfort were reported in 9 males and 3 females. In males were observed erection dysfunction in 7 patients (moderate in 2 cases and severe in 5 cases) and retrograde ejaculation in 2 patients. Three severe dyspareunia were reported in females.

Adjuvant treatment and follow-up

Eighteen patients received an adjuvant chemotherapy as planned, after a median interval of 5.9 (range, 4.3-11) weeks. As of March 2009, after a median potential follow-up of 60 (range, 30-80) months, 10 patients suffered a recurrence (3 patients had both a local and distant recurrence; 8 patients had only a distant recurrence). One local and distant recurrence occurred in the single patient who underwent a local excision. Noteworthy, 7 of 18 (39%) patients who received adjuvant treatment (one patient because of ypCRM+, and six patients because of ypN+) had a relapse, as opposed to 2 of 44 (4%) patients that did not receive any postoperative chemotherapy.

Moreover, 2 of 3 patients with ypN2, and both patients with proximal lymph node involvement, showed a relapsed, while a recurrence was seen in 4 of 9 patients with ypN1, and in 4 of 10 patients with mesorectum lymph node involvement.

Post-recurrence treatment consisted of salvage surgery in 2 patients, each one affected by a single (liver or lung) metastasis. The patient with liver metastasis was in complete remission after 31 months of follow-up. Moreover, a non-cross resistant chemotherapy was delivered in 7 patients, while one patient received no therapy because of early deterioration of clinical conditions. The 5-year estimated probability of FFR was 80% (95% CI, 68 to 92%). Eight patients eventually died (3 patients for cancer-unrelated causes); therefore, the 5-year probability of OS was 87% (95% CI, 77 to 97%), while the 5-year probability of CSS was 92% (95% CI, 85% to 99%).

DISCUSSION AND CONCLUSIONS

Preoperative chemoradiation is able to downstage rectal cancer. Multidrug chemotherapy combined with adequate radiotherapy induce an high rate of complete response. Further research is mandatory to reveal the possible role of local excision on downstaged rectal cancer.

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ПРИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО

Лактионов К.К., Полоцкий Б.Е., Аллахвердиев А.К., Богатырев В.Н., Мехеда Л.В., Зборовская И.Б., Степанова Е.В., Давыдов М.И.

ГУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Москва.

В настоящее время основным методом лечения местнораспространенного немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ) является хирургическое вмешательство.

Однако результаты лечения даже при ранних стадиях заболевания остаются мало удовлетворительными. Одним из путей решения данной проблемы является идентификация молекулярных маркеров, дающих представление о поведении или агрессивности опухолевого процесса. Низкая информативность отдельных маркеров объясняется тем, что каждый из них вносит свой вклад в опухолевую прогрессию и метастазирование и отвечает лишь за отдельный этап клеточной трансформации. Нами была выполнена попытка прогнозирования течения НМРЛ после радикального хирургического лечения на основе изучения комплекса клинических, морфологических и молекулярно-биологических факторов.

В основу работы положены наблюдения за 163 больными немелкоклеточным раком легкого, радикально оперированными в хирургическом отделении торакальной онкологии РОНЦ РАМН в период с 1985 по 1990 годы. В спектр анализа молекулярно-генетических маркеров опухоли были включены: экспрессия мутантного p53, BCL-2, BAX, VEGF, плоидность опухоли, содержание клеток в S-фазе клеточного цикла, делеция в локусах 1p32-36 короткого плеча 1 хромосомы.

Для выявления весовой значимости клинико-морфологических и изучаемых молекулярно-генетических факторов в выживаемости пациентов НМРЛ (по критерию «умер в первые 3 года – прожил более 5 лет») проведен регрессионно- многофакторный анализ. При этом влияние величины первичной опухоли (pT) и характеристика лимфогенного метастатического поражения (pN) имело минимальное значение в рассматриваемой группе пациентов НМРЛ, весовые коэффициенты 0,0128 и 0,0015, соответственно. Установлено, что изученный нами спектр молекулярно-генетических маркеров позволяет, на основе вычисленных значений весовых коэффициентов каждого отдельного фактора, с высокой адекватностью сопоставлять расчетные и фактические показатели выживаемости пациентов НМРЛ.

При оценке группы НМРЛ, без учета распространенности опухолевого процесса, вне доверительных интервалов (разграничивающих пациентов

с плохим прогнозом –проживших менее 3 лет и с благоприятным (более 5 лет)) находилось лишь 2,5% наблюдений. При этом было показано, что использование исключительно клинико-морфологических данных не позволяет провести корректный анализ.

При раздельном исследовании групп пациентов с наличием или отсутствием метастазов во внутригрудные лимфоузлы ошибок прогнозирования выявлено не было.

Анализ влияния молекулярно-генетических и клинических факторов выявил разнонаправленное и разновеликое значение изученных параметров на течение НМРЛ в группах пациентов с различным значением символа «N».

В группе пациентов без метастазов в регионарные лимфоузлы (N0) наиболее значимыми благоприятными факторами оказалась экспрессия BAX (весовой коэффициент: 0,23), диплоидия опухоли и экспрессия BCL-2 (весовые коэффициенты: 0,1706 и 0,0959, соответственно). Из неблагоприятных: экспрессия мутантного p53, делеция короткого плеча первой хромосомы, экспрессия VEGF и высокий процент клеток в S-фазе клеточного цикла (весовые коэффициенты: -0,2869, -0,2678, -0,2523 и 0,2678, соответственно).

У пациентов с метастазами во внутригрудные лимфоузлы (N+) из благоприятных факторов наиболее значимыми стали диплоидия опухоли и экспрессия BCL-2 (весовые коэффициенты: 0,4353 и 0,1352, соответственно). Изменилась структура и неблагоприятных факторов: ведущим показателем стал процент опухолевых клеток в S-фазе клеточного цикла, далее по значению следуют экспрессия мутантного p53, VEGF и BAX (весовые коэффициенты: -0,4274, -0,2032, -0,2351 и -0,0007, соответственно). С увеличением распространенности опухолевого процесса вклад последних двух факторов в достоверность прогнозирования выживаемости пациентов НМРЛ резко снизился.

Подобный разнонаправленный и разновеликий вклад рассмотренных факторов обуславливает необходимость оценки данных параметров раздельно в группах пациентов с наличием и отсутствием регионарного метастазирования.

Рассчитанные прогностические функции для больных НМРЛ позволяют с высокой степенью адекватности реальной зависимости разграничить группы с благоприятным и неблагоприятным прогнозом. Основываясь на этих результатах, появилась возможность индивидуализировать высокий риск прогрессирования заболевания после радикального хирургического лечения, а следовательно предложить проведение адьювантного лечения до появления клинических признаков рецидива заболевания.

TITLE: HIGH INTENSITY FOCUSED ULTRASOUND (HIFU) THERAPY OF SOLID TUMORS

Joo Ha Hwang, MD, PhD

Department of Medicine
University of Washington
Seattle, WA 98195 U.S.A.**ABSTRACT:**

Although ultrasound has long been used for diagnostic imaging, recent advances now allow for the use of focused ultrasound energy for therapeutic purposes by delivering high-intensity focused ultrasound (HIFU) for applications such as tissue ablation, enhanced drug delivery and hemostasis. HIFU is currently being promoted as a noninvasive method to treat certain primary solid tumors and metastatic disease. The field of medicine is evolving towards increasing use of noninvasive and minimally invasive therapies such as HIFU. The major effect of very high acoustic intensities in tissue is heat generation due to absorption of a portion of the acoustic energy. Focusing results in high intensities at a specific location and over only a small volume. This focusing minimizes the potential for thermal damage to tissue located between the transducer and the focal point as the intensities are much lower outside the focal region. There are also mechanical phenomena in addition to thermal effects that are associated with high acoustic intensities that are not present at lower intensities. Mechanical phenomena include cavitation, microstreaming, and radiation forces. This article provides an overview of HIFU including its mechanisms of action, current clinical applications, and future requirements to expand the clinical applications of this technology.

History of HIFU

The initial investigation of ultrasound in biologic systems was not for imaging but for its biologic effects (Harvey and Loomis, 1928). Fry *et al.* are credited with the development of the first *focused* ultrasound transducer for clinical applications primarily for treating hyperkinetic disorders such as Parkinson's disease (Fry and Fry, 1960). With this method a craniotomy was still required and HIFU was delivered through an intact dura. Unfortunately, interest in HIFU for treatment of hyperkinetic disorders waned because of the complex and expensive nature of HIFU at that time coupled with the discovery of L-dopa for the treatment of Parkinson's disease.

The application of HIFU for tumor therapy has recently been gaining momentum due to advances in imaging technology such as magnetic resonance thermometry and advanced ultrasound imaging techniques that permit real-time monitoring of HIFU treatment effects. Currently, several commercially available HIFU devices are manufactured worldwide for treatment of a wide variety of both benign and malignant tumors including uterine fibroids, prostate cancer, pancreatic cancer, liver tumors, and other solid tumors that are accessible to ultrasound energy. This review will discuss the basic principles of HIFU and current and future applications of HIFU.

Basic Principles of HIFU

HIFU is delivered from an ultrasound transducer that is focused either mechanically (spherically curved or using a focusing lens) or electronically by phasing an array of transducers. Figure 1 is a diagram of a fixed focus spherically curved transducer. The focal characteristics of most clinically available transducers are similar to a grain of rice. The acoustic intensities used in HIFU differ from diagnostic ultrasound in that the time averaged acoustic intensity at the focus is several orders of magnitude greater for HIFU. Diagnostic ultrasound typically produces time averaged acoustic intensities around 100 mW/cm² whereas HIFU can deliver intensities at the focus that is over 10 kW/cm².

By delivering high acoustic intensities to tissue acoustic energy is absorbed and heat is generated. Because of focusing, the acoustic intensities are high only within the focal region; however, outside the focal region the acoustic intensities are substantially lower, minimizing the risk of unintended injury to tissue outside the focal region. The focal temperature can be rapidly increased to over 60 °C causing cell death in the focal region within a few seconds, while minimal tissue heating occurs outside the focus. If the temperature is elevated to over 100 °C then boiling occurs at the focus and *coagulative necrosis* occurs immediately. However, if the temperature is not elevated to over 100 °C then a phenomenon termed *thermal fixation* can occur where the cells

do not undergo lysis and the tissue architecture remains relatively intact but the cells are no longer viable. This has been seen in patients treated with HIFU followed by surgical resection (Wu *et al.*, 2001). As the lesion evolves the cells degenerate resulting in coagulative necrosis; however, this effect is significant for the treatment of the pancreas where cell lysis has potential to release autodigestive enzymes and lead to pancreatitis. With HIFU treatments that result in thermal fixation, pancreatic cells do not undergo lysis until the intracellular enzymes have been completely denatured and inactivated, theoretically reducing the risk of pancreatitis with HIFU therapy.

Although the majority of the initial cell death within a high intensity ultrasound field is due to cell necrosis from thermal injury, high intensity ultrasound can also induce apoptosis. The primary mechanism of cell death from hyperthermia is due to apoptosis (Vykhodtseva *et al.*, 2001).

In addition to thermal injury from HIFU exposure, ultrasound also can produce mechanical effects, most notably *cavitation*, which occurs when a gas-filled bubble interacts with an ultrasound field. Gas-filled bubbles can form in tissue in response to ultrasound fields with high peak negative pressures that extract gas from the tissue resulting in bubble formation or they can be introduced intravascularly in the form of ultrasound contrast agents. Bubbles can undergo oscillations in size in response to positive and negative pressures from the ultrasound field. Given the appropriate ultrasound parameters (frequency, pulse length, pulse repetition frequency, and pressure amplitudes) and bubble conditions (concentration, size, and composition) a bubble can undergo expansion followed by violent collapse of the bubble which is termed *inertial cavitation* (Coleman *et al.*, 1987). If a bubble undergoes inertial cavitation, the force produced from the collapse of the bubble can be sufficient to cause cell lysis (Hwang *et al.*, 2006). This mechanism is being evaluated as a possible method for enhancing drug delivery (Yuh *et al.*, 2005).

Monitoring of HIFU Therapy

An essential component of HIFU therapy is the ability to target and monitor therapy. Currently the two imaging modalities used to target and monitor HIFU therapy are ultrasonography (US) and magnetic resonance (MR) imaging. The benefit of using US to target and monitor therapy is that the energy modality is the same for both imaging and therapy; therefore, if the target cannot be imaged (suggesting high attenuation or reflective interfaces between the transducer and the target) then the energy from the HIFU transducer will also be attenuated or reflected leading to ineffective therapy. US imaging will clearly identify areas of high impedance mismatch such as tissue-gas and tissue-bone interfaces, which are to be avoided when delivering HIFU therapy. However, US imaging currently has limited capability in monitoring temperature or tissue changes unless boiling occurs at the focus, where the temperature exceeds 100 °C, and a hyperecho can be visualized on US imaging. It is important to note that the hyperecho visualized on US imaging represents gas bubble formation and does not precisely correlate with lesion formation (Khokhlova *et al.*, 2006). The other imaging modality used for guiding and monitoring HIFU therapy is MR imaging. MR-guided HIFU has the benefit of being able to provide temperature information within seconds after HIFU treatment. This method is extremely reliable in *ex vivo* situations where the tissue is stable; however, motion artifact and spatial resolution limit its accuracy in the clinical setting. The selection of a given method of guidance and monitoring will depend on the equipment available and the goal of the ablation procedure. For example, neurologic applications where targeting and monitoring of the ablation are critical, the use of MR would be necessary despite it being expensive and labor intensive; whereas, oncologic applications for palliation of large tumors in the abdomen could be more easily performed using US guidance, especially since it is better at identifying bowel gas than MR.

Current Clinical Applications: Tumor Ablation

Although there are a variety of embodiments for HIFU devices, this review will only focus on extracorporeal applications. Applications that will not be discussed and are either in use clinically or under investigation that are not extracorporeal include transrectal devices for prostate therapy, laparoscopic and endoscopic devices for intra-abdominal or endoluminal therapy, and catheter-based devices for interstitial or ductal applications. Current clinical applications of extracorporeal HIFU include treatment of uterine fibroids, liver tumors, renal tumors, bone metastasis, breast cancer and pancreatic cancer.

Uterine leiomyomas

The use of HIFU is gaining acceptance worldwide as a noninvasive method of treating symptomatic uterine leiomyomas. Several clinical extracorporeal HIFU systems for treating uterine leiomyomas exist. They

are guided and monitored by either US or MR imaging. The use of MR-guided HIFU is approved in several regions throughout the world including Japan, the United States, and Europe. MR-guided HIFU treatment of uterine leiomyomas has been demonstrated to provide short-term symptom reduction as assessed by the Uterine Fibroid Symptoms Quality-of Life questionnaire (Stewart et al., 2006). In this study there was one serious complication reported which was temporary sciatic nerve palsy. The nerve injury was not a result of direct targeting of the nerve, but resulted from heating of the pelvic bones in the far-field of the HIFU beam that subsequently caused indirect thermal injury to the sciatic nerve. In addition 5% of patients experienced mild skin burns. In a separate case report there was a report of a full thickness abdominal burn following MR-guided HIFU (Leon-Villalpos et al., 2005).

Liver tumors

Most clinical reports of using HIFU for treatment of liver tumors come from China with some preliminary experience in Europe. HIFU has been used for the treatment of both primary hepatocellular carcinoma (HCC) and secondary metastasis (Wu et al., 2004a; Kennedy et al., 2004). More recently HIFU has been investigated as an adjunctive therapy to trans-arterial chemo-embolization (Wu et al., 2005). Although this method appears to hold great promise for the treatment of HCC and metastatic liver lesions, the reliable delivery of HIFU through the ribs without causing significant burns remains a major clinical challenge. Furthermore, the excursion of the liver due to respirations also presents a significant challenge to therapy. This is currently addressed by performing selective intubation and using mechanical ventilation to control respiratory movements. Research in the area of new transducer array configurations and respiratory tracking is being performed to address these issues (Marquet et al., 2006b; Tanter et al., 2007; Civale et al., 2006).

Renal cell carcinoma

The treatment of renal cell carcinoma is also an attractive target for HIFU given the adequate acoustic window to the kidneys. Furthermore, the use of HIFU for advanced renal carcinoma, even in the setting of metastatic disease, is theoretically beneficial since a survival benefit has been demonstrated in patients with metastatic disease who undergo surgical debulking followed by immunotherapy (Flanigan et al., 2001; Mickisch et al., 2001; Montie et al., 1977). HIFU has the potential advantage of performing tumor debulking without the need for invasive surgery and it also may help to enhance tumor specific immunity in an immune responsive tumor such as renal cell carcinoma. Again, the preliminary clinical data comes from China suggesting that HIFU ablation of renal cell carcinoma is both safe and feasible (Wu et al., 2003).

Bone metastases

Treatment of bone metastases with HIFU has also been evaluated (Wu et al., 2004a; Catane et al., 2007). Catane et al. (2007) reported a series of 13 patients who had symptomatic bone metastasis that were treated with MR-guided HIFU for purposes of palliation. One patient was unable to tolerate HIFU therapy due to treatment-related pain. Of the 12 remaining patients who were successfully treated all patients experienced improvements in visual analog pain scores. The results of these studies suggest that HIFU ablation of bone metastases effectively relieves pain caused by bone metastases.

Breast cancer

Ablation of breast tumors has also been performed using both US and MR guided HIFU methods (Furusawa et al., 2007; Huber et al., 2001; Wu et al., 2007; Zippel and Papa, 2005). HIFU is a particularly attractive method for breast tumor ablation in patients desiring breast conserving therapy since it is completely non-invasive. However, the challenge will be demonstrating that HIFU ablation is equivalent to local excision in terms of local recurrence and disease free survival since outcomes for early stage breast cancer are excellent with current therapy that includes local surgical resection. Wu et al. (2007) reported a series of 23 patients who underwent wide local ablation of their breast tumors with a 1.5-2 cm margin using US-guided HIFU followed by surgical resection of the treated tumor that HIFU ablation of the tumor consistently resulted in complete ablation of the tumor with negative margins. Furusawa et al. (2007) reported their results of a phase II clinical study in Japan using an MR-guided HIFU device. In this study they treated 21 patients with HIFU and experienced one case of recurrence with a median follow-up period of 14 months (range 3-26 months). These early human clinical studies suggest that HIFU may have a role in select patients who wish to have noninvasive local therapy; however, further studies with long-term observation are necessary. In addition, there are theoretical concerns of thermal injury to the chest wall due to the high impedance mismatch interfaces with either the ribs or lung; however, this

has not been reported as a complication in early clinical studies.

Pancreatic cancer

As many as 200,000 patients are diagnosed with pancreatic cancer annually worldwide with a 5 year survival rate following diagnosis less than 5% (Parkin et al., 1993). At the time of diagnosis patients with pancreatic cancer often have advanced disease (stage III-IV) and are not considered to be operative candidates. Furthermore, 60-90% of patients will experience cancer associated pain (Reddy et al., 2005). Therefore, palliation of pain is important in the management of these patients. The application of HIFU in palliating patients who have symptoms of pain related to pancreatic cancer has been reported by several investigators, primarily out of China where patients have been treated clinically since 1999. Results from an open-label study in China in 251 patients with advanced pancreatic cancer (TNM stage II-IV) suggested that HIFU treatment can reduce the size of pancreatic tumors without causing pancreatitis and prolong survival and reduce pain (He and Wang, 2002). Additional case series also supports the findings of pain relief following HIFU ablation (Xiong et al 2009, Wu et al. 2005b). The mechanism for pain relief is unclear but may be due to damage of intratumoral nerve fibers or decompression of the tumor. Of note, there have been no reports of severe acute pancreatitis resulting from HIFU ablation.

Future Clinical Applications

Enhancement of cancer-specific immunity

A unique aspect of HIFU is US energy is a form of mechanical energy that can cause cell lysis from cavitation of gas-filled bubbles without denaturing the cellular contents. The tumor-cell lysate provides an antigen source that can be amplified by dendritic cells for potentially inducing a T-cell response against the tumor. This method has been used extensively *in vitro* and in animal models to create dendritic cell-based vaccines directed at various tumors (Figdor et al., 2004; Nestle et al., 2005). Furthermore, there have been unpublished reports of patients who have metastatic disease who have regression of their metastatic lesions following treatment of their primary tumor with HIFU. An initial clinical investigation evaluating the effect of HIFU on the immune system of patients with osteosarcoma, hepatocellular carcinoma and renal cell carcinoma demonstrated that the CD4⁺/CD8⁺ ratios (a marker of antitumor immunity) increased following HIFU therapy (Wu et al., 2004b). If enhancement of cancer-specific immunity by HIFU is demonstrated, then the approach to tumor therapy using HIFU in some instances may shift towards increasing cavitation activity to cause cell lysis as opposed to pure thermal ablation.

Enhanced drug delivery

Another active area of preclinical investigation is HIFU-enhanced drug delivery. Preliminary animal studies suggest that pulsed HIFU can increase delivery of chemotherapeutic agents to targeted tumors (Yuh et al., 2005; Dromi et al., 2007; Frenkel et al., 2006). The mechanisms of HIFU-enhanced drug delivery likely include: 1) increasing the permeability of the vascular endothelial cells (most likely due to intravascular cavitation) allowing the chemotherapeutic agent to escape the vascular space into the interstitial space of the tumor; and 2) enhancing the penetration of the chemotherapeutic agent into the tumor due to radiation force from the ultrasound field.

Conclusions

The unique nature of HIFU allows for noninvasive therapy to ablate tumors. In addition, mechanical effects of HIFU, such as cavitation, are being actively investigated as potential mechanisms for unique therapeutic interventions such as HIFU-enhanced drug delivery and enhancement of tumor-specific immunity. Although HIFU technology has been used clinically since the 1950's it remains a new therapeutic technology requiring further critical laboratory and clinical evaluation.

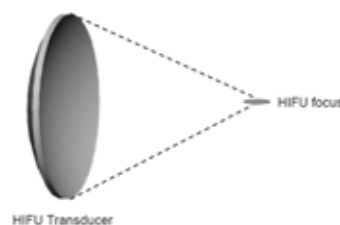


Figure 1. Depiction of a spherically curved HIFU transducer and its corresponding focus.

NEOADJUVANT TREATMENT IN GASTRIC AND RECTAL ADVANCED CANCER

Valerio Parisi
Saint Jhonn BOSCO-NAPLES, ITALY

1

MANAGEMENT WITH GASTRIC & RECTAL CANCER

TWO STATEMENTS:

**TECHNIC MAY INFLUENCE OUTCOME
AND MORBIDITY**

STRATEGY IS CRUCIAL TO CURE

parisivalerio@hotmail.com

2

MANAGEMENT WITH A GASTRIC CANCER

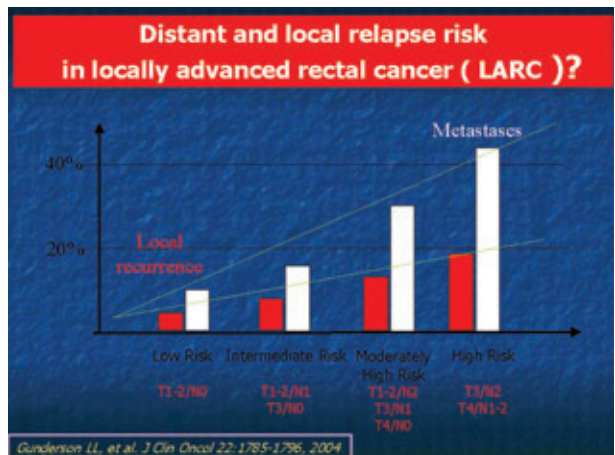
Gastric cancer 5-years DFS

| | |
|-----------|------|
| I stage | 80 % |
| II stage | 55 % |
| III stage | 18 % |
| IV stage | 5 % |

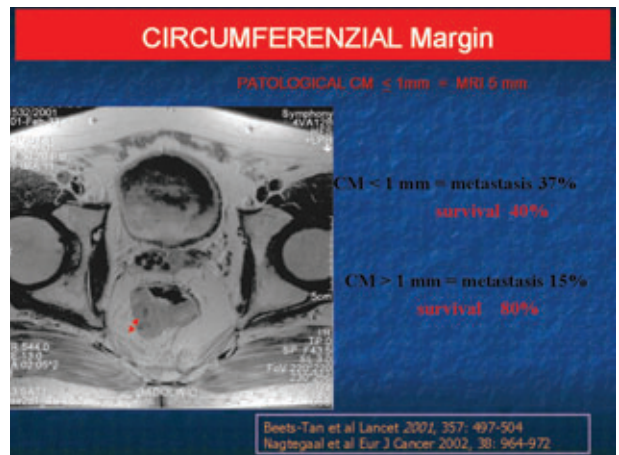
CANCER REPORT 2003 AND 2006

SURGERY ALONE BUT : SKILLED SURGEON

3



4



5

MANAGEMENT WITH A GASTRIC CANCER

CHANGE STRATEGY TO ACHIVE MORE

- 1-STAGING
- 2-NEOADJUVANT TREATMENTS
- 3-SURGERY
- 4-FOLLOW-UP & QUALITY LIFE

ONCOBURGERY MOSCOW 2010

6

MANAGEMENT WITH A GASTRIC CANCER

STAGING:

TC - RNM

ENDOSCOPY
+
US

PET

7

MANAGEMENT WITH A GASTRIC CANCER

Gastric cancer 5-years DFS

| | |
|------|------|
| u T1 | 80 % |
| u T2 | 55 % |
| u T3 | 18 % |
| u T4 | 5 % |

Metanalysis 1500 pts cancer researc 2008

8

FOLFOX TRIAL SCHEDULE

uT3 & uT4 GASTRIC CANCER

| | DAYS | | | | | | | |
|-----------------|------|---|-----------|----|----|----|----|----|
| OXA 100 | 1 | 8 | 12 PET | 15 | 22 | 29 | 35 | 39 |
| LFA 250 | 2 | 9 | 12 PET | 16 | 23 | 30 | 36 | 40 |
| 5FU 800 (mg/mq) | 2 | 9 | 12 PET | 16 | 23 | 30 | 36 | 40 |

BASELINE → FDG-PET → PRESURGERY

9

18F-FDG PET is an EARLY PREDICTOR of Pathologic Tumor Response to Preoperative Chemotherapy in Locally Advanced Gastric Cancer

Cascini, Avallone, Delrio, Parisi J Nucl Med. 2006 Aug;47(8):1241-8

FDG-PET

10

FDG-PET CHANGES AND PATHOLOGICAL FINDINGS

SUV REDUCTION > -50%

DOWNSIZING > 50% & **DOWNSTAGING**

Cascini, Avallone, Delrio, Parisi J Nucl Med. 2006 Aug;47(8):1241-8

11

FDG-PET CHANGES AND PATHOLOGICAL FINDINGS

SUV REDUCTION < -50%

NO DOWNSIZING & **DESEASE PROGRESSION**

Cascini, Avallone, Delrio, Parisi J Nucl Med. 2006 Aug;47(8):1241-8

12

(cT4; cN+; cT3N0 ≤ 5cm a.v. and/or cCRM+)

18F-FDG PET is an EARLY PREDICTOR of Pathologic Tumor Response to Preoperative Chemotherapy in Locally Advanced Gastric Cancer

Cascini, Avallone, Delrio, Parisi J Nucl Med. 2006 Aug;47(8):1241-8

FDG-PET

13

Preoperative RT / CHT RT instead of Ext-L?

155 pts LRC

- 78 RT 57 no preop RT
- 75 EXT-L+ group 40 EXT-L- group
- 4 subgroups
- Rad(+)/MENT-L(-) Rad(-)/MENT-L(+)
- Rad(+)/MENT-L(+) Rad(-)/MENT-L(-)

| | | |
|-----|-------|---------------|
| DFS | Rad + | Rad - |
| | 74.6% | 45.9% p=0.002 |

no significant difference between the Rad(+)/EXT-L(-) and Rad(-)/MENT-L(+) groups.

Matanabe T. Surgery 2002

14

MANAGEMENT WITH A GASTRIC CANCER

CHANGE STRATEGY TO ACHIVE MORE

- 1-STAGING
- 2-NEOADJUVANT TREATMENTS
- 3-SURGERY
- 4-FOLLOW-UP & QUALITY LIFE

SLIPSKA 13-20 MARZEC 2010

15

NEW CONCEPT OF TREATMENT

LOCAL TREATMENT TAKING IN TO ACCOUNT THE GENERAL PICTURE
(local relapses and metastasis)?

DRUGS TESTED IN VITRO
(TISSUE SLIDE OF RECTAL HUMAN CANCER)

AND
TRANSLATED IN VIVO

16

Thymidylate synthase and GASTRIC cancer

Thymidylate synthase as an oncogene

Reference: *Journal of Clinical Oncology* 2009; 27(17):2384-2391

17

relation 5-FU OXA

Reference: *Journal of Clinical Oncology* 2007; 25(18):2484-2491

18

MANAGEMENT WITH A GASTRIC CANCER

(OUR) STRATEGY :
2-NEOADIUVANT TREATMENT

weekly FOLFOX for stage UT3 AND UT4

7 WEEKS

BUT!

parisivalerio@hotmail.com

19

(OUR) STRATEGY : 2-NEOADIUVANT TREATMENT

- AFTER 12 DAYS AND TWO COURSE OF CHEMOTHERAPY
- PET WAS DONE AGAIN
- PATIENTS SHOWING EARLY CHANGE
- > -50%
- CONTINUE THE TREATMENT FOR FIVE COURSES MORE

20

2-NEOADIUVANT TREATMENT

70 OF 135 PATIENTS

SHOWING EARLY CHANGE > -50% SUV

DOWNSIZING > 50% ALL

DOWNSTAGING ALL

21

MANAGEMENT WITH A GASTRIC CANCER

CHANGE STRATEGY TO ACHIVE MORE

- 1-STAGING
- 2-NEOADIUVANT TREATMENTS
- 3-SURGERY
- 4-FOLLOW-UP & QUALITY LIFE

SLOPSKA 18-20 MARZEC 2010

22

MANAGEMENT WITH A GASTRIC CANCER

SURGERY

fast track

SN BIOPSY

R0 RESECTION
D2-3 LND

EPATODUODENAL LIGAMENT ROUND DISSECTION

parisivalerio@hotmail.com

23

FAST TRACK

24

FAST TRACK

- High-calories drink till 3 hours before surgery
- no bowel preparation but only little enema
- gentle surgery + emodilution
- no tube & drainages or removed within 24 ours
- mobilizations & alimentation within 24 ours
- discharge after 4 days

25

The principals of a FAST TRACK PROTOCOL

- Accurate and wide informations to the patient;
- Surgical, Anesthesiological and pain control techniques to reduce response to stress, pain and postoperative discomfort;
- Aggressive potoperative rehabilitation with early mobilization and feeding

26

Intraoperative phase : gentle surgery

- Mininvasive surgery
- Accurate haemostasis
- Nerve sparing
- Anesthesiology
- Drains
- Tubes
- Probes

27

MININVASIVE SURGERY: ADVANTAGES

28

BLENDED ANESTESIA

BEST ANESTHETIC SCHEDULE: SOFT GENERAL + EPIDURAL
(THE EPIDURAL ANALGESIA IS PROLONGED FOR TWO DAYS AFTER SURGERY)

- CONTROL OF SURGICAL STRESS
- NO METABOLIC DAMAGES
- PRESERVATION OF IMMUNOLOGICAL STATUS
- BETTER VASCULAR FLOW
- BO POSTOPERATIVE ILEO
- REDUCES TVE (TROMBO-VEINUS-EMBOLISM)
- REDUCES NAUSEA AND VOMITING
- PRESERVES INTACT CONSCIOUS STATUS
- AVOIDS PAIN
- REDUCES COST BECAUSE REDUCE HOSPITAL STAY

29

Postoperative nursing

- Pain control: no oppioids but local anesthetics
- Normothermia avoiding ipothermia (hot liquid hot bed)
- Ponv(postoperative nausea-vomiting)
- Feeding
- Mobilization

30

| | STANDARD | FAST TRACK |
|-------------------------------------|----------|------------|
| 1. BOWEL PREPARATION | SI | NO |
| 2. PREOPERATORY FEEDING | NO | SI |
| 3. "BLENDED" ANESTHESIA | NO | SI |
| 4. MININVASIVE SURGERY | NO | SI |
| 5. EMODILUTION | NO | SI |
| 6. INTRA-POSTOPERATIVE PAIN CONTROL | NO | SI |
| 7. PROBES – CATHETERS – DRAINS | SI | NO |
| 8. EARLY FEEDING | NO | SI |
| 9. EARLY WALKING | NO | SI |
| 10. HOME ASSISTANCE | NO | SI |

31

MANAGEMENT WITH A GASTRIC CANCER

SURGERY

fast track

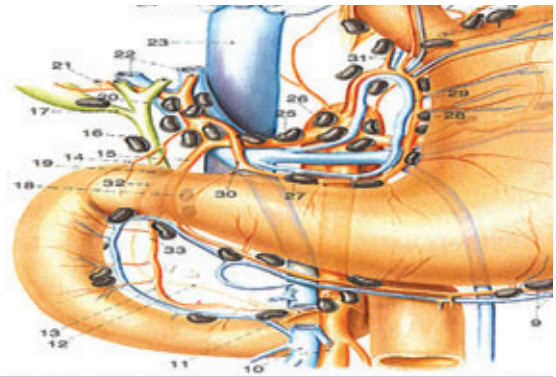
SN BIOPSY

R0 RESECTION
D2-3 LND

EPATODUODENAL LIGAMENT ROUND DISSECTION

parisivalerio@hotmail.com

32



NODES AROUND RIGHT GASTRIC ARTERY ARE FREQUENTLY SN IN LOWER GASTRIC CANCER

33

MANAGEMENT WITH A GASTRIC CANCER

SURGERY

fast track

SN BIOPSY

R0 RESECTION
D2-3 LND

EPATODUODENAL LIGAMENT ROUND DISSECTION

parisivalerio@hotmail.com

34

MANAGEMENT WITH A GASTRIC CANCER

SURGERY

fast track

SN BIOPSY

R0 RESECTION
D2-3 LND

EPATODUODENAL LIGAMENT ROUND DISSECTION

parisivalerio@hotmail.com

35

Optimal pathologic evaluation

Fatty Clearance Technique

Impact of examined lymph nodes

Tepper et al. JCO 19; 2001; 157-163

36

SHORT RT + DELAYED SURGERY
Patients' characteristics

| | |
|---|---|
| Pre-treatment staging | 2 T2 N0 |
| | 8 T3 N0 |
| | 2 T3 N1 |
| median distance from anal verge 5.5 cm (range 1.5 - 8.9) | |
| Operations performed | 8 anterior resection with temporary stoma |
| | 2 APR |
| 21 Hartmann's resection | |
| median number of lymph nodes retrieved 36.7 (range 18-57) | |
| pathological staging | 5 pT1N0 |
| | 4 pT2N0 |
| | 1 pT3N1 |
| | 2 pT3N2 |
| Tumour regression grade (Mandard's modified) | 3 TRG 2 |
| | 2 TRG 3 |
| | 4 TRG 4 |
| | 3 TRG 5 |

37

uT3 & uT4 GASTRIC CANCER

SURGERY WAS PERFORMED 6 WEEKS AFTER CT FOR RESPONDERS (30% - 39%)

NO SURGERY FOR THAT RESPONDERS (50% - 59%)

AFTER SURGERY PATIENTS WITH pT4 AND/OR pN+ RECEIVED ADJUVANT (WEEKLY 5FU/LFA X 4 MONTHS)

38

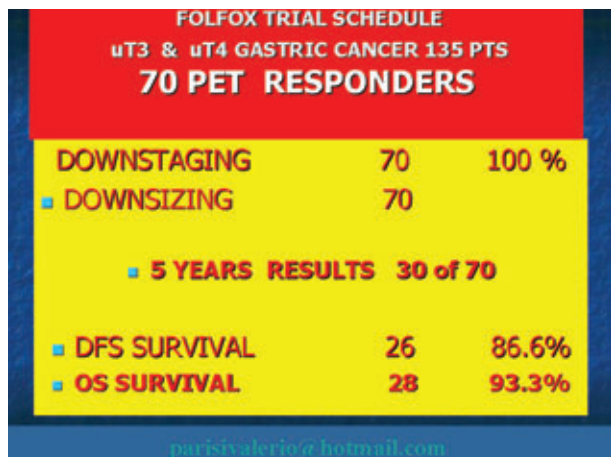
MANAGEMENT WITH A GASTRIC CANCER

RESULTS

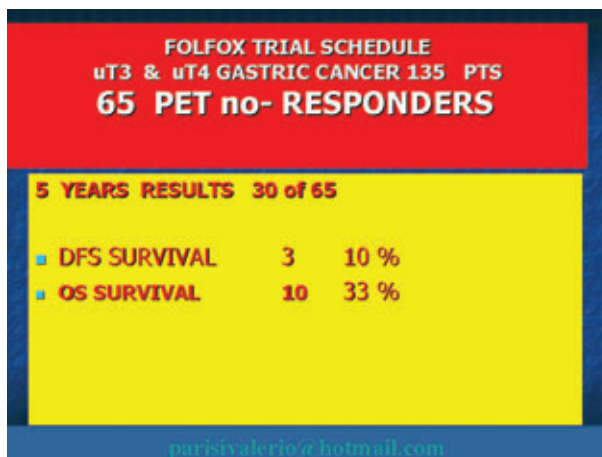
- 135 PATIENTS Ut3 & Ut4
- 70 responders 7 courses
- 65 non responders 2 courses

parisivalerio@hotmail.com

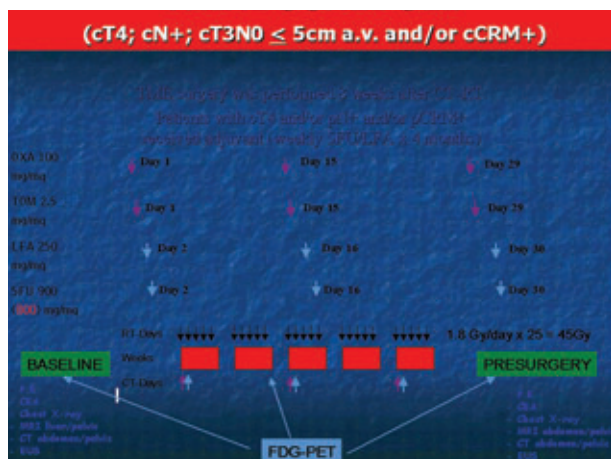
39



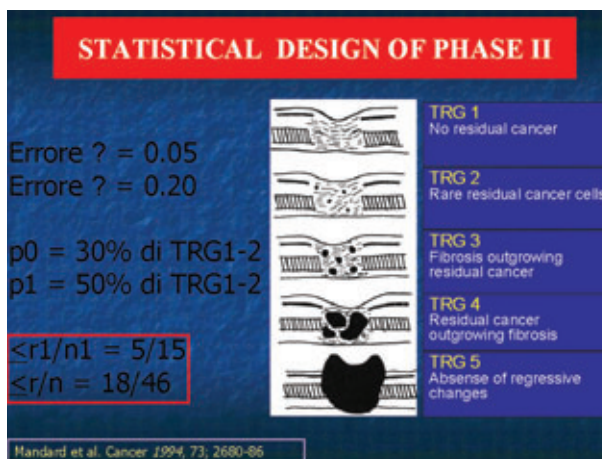
40



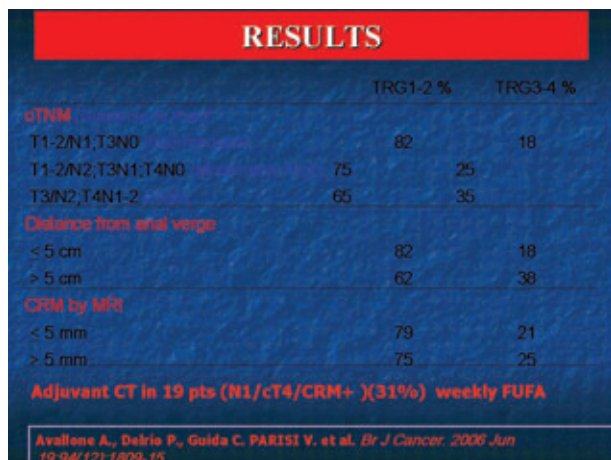
41



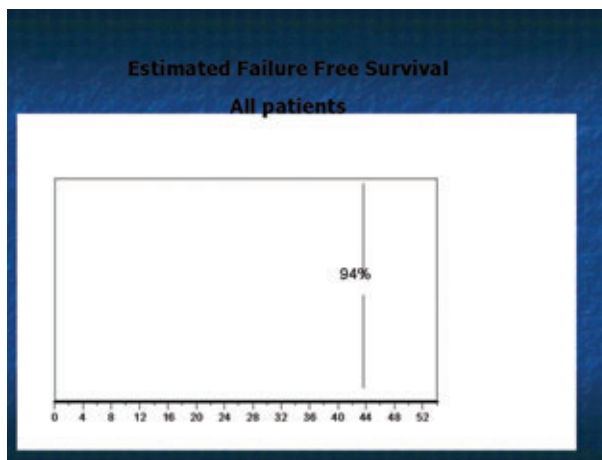
42



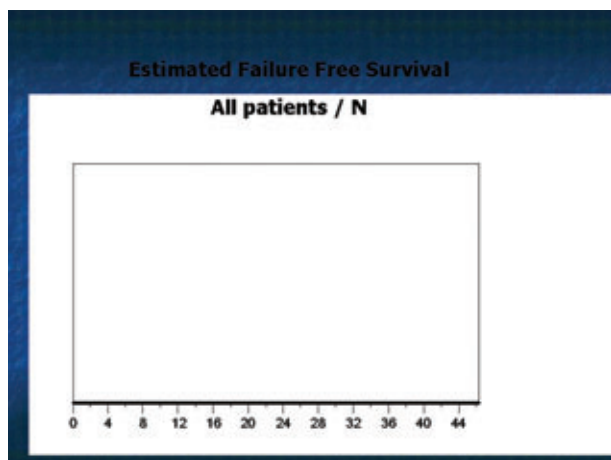
43



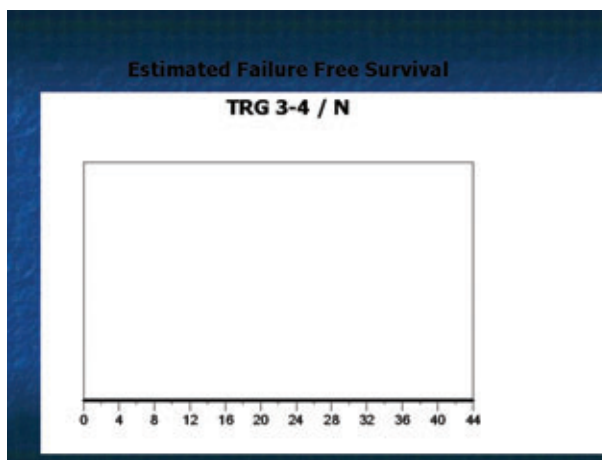
44



45



46



47

RESULTS

| | N° PTS |
|---------------------------------|--------|
| Distance from anal verge < 5 cm | 26 |
| CANDIDATE Miles | 20 |
| Miles UNDERGONE | 4 |

AFTER 4 YEARS
NO LOCAL RELAPSES
1 LUNG METASTASIS

48

CONCLUSION

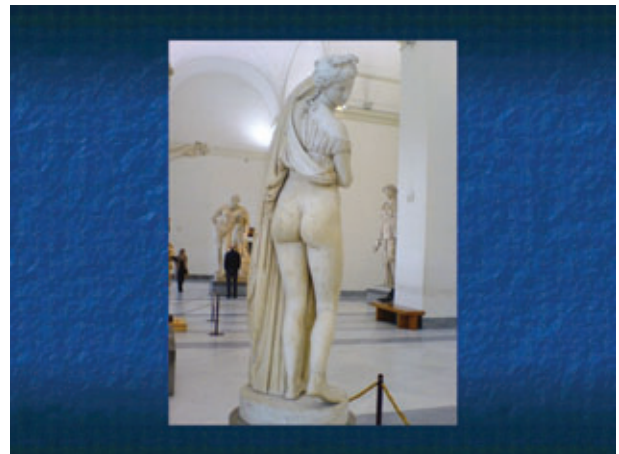
- OXATOM + FUFA + RT showed a good safety profile and a high pathological response rate (TRG₁₋₂= 72%) in patients with poor risk LARC.
- Early FDG-PET can predict pathologic response to preoperative treatment.
- Dynamic evaluation by FDG-PET might play a relevant role in the management of LARC patients with preoperative radiochemotherapy.

49

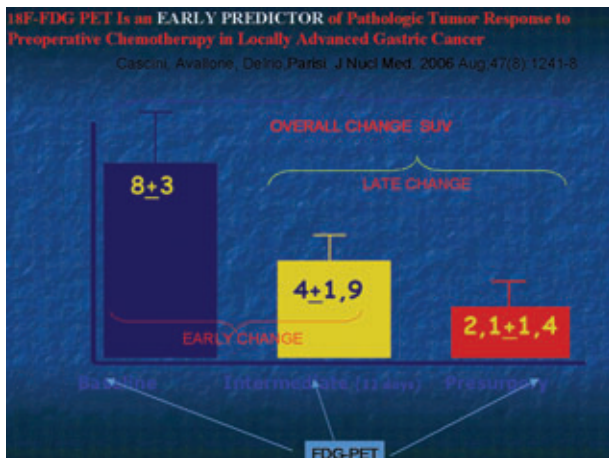
Fast Track END POINT

- BEST NUTRITIONAL STATUS BEFORE
- AVOIDING ADVERSE EFFECTS AND COMPLICATION WITH ACCURATE SURGERY
- FOOD AND WALKING WITHIN 24 HOURS

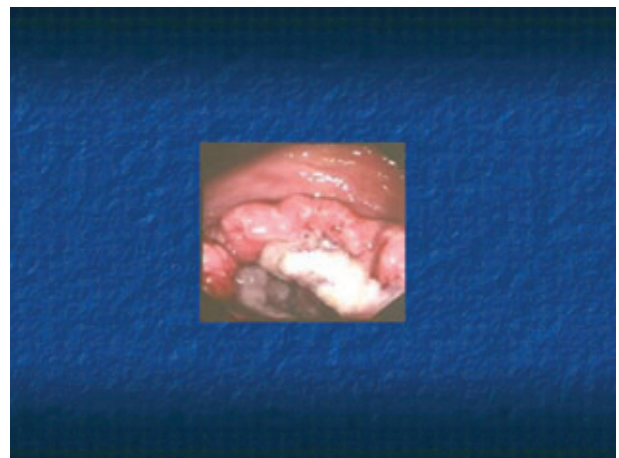
50



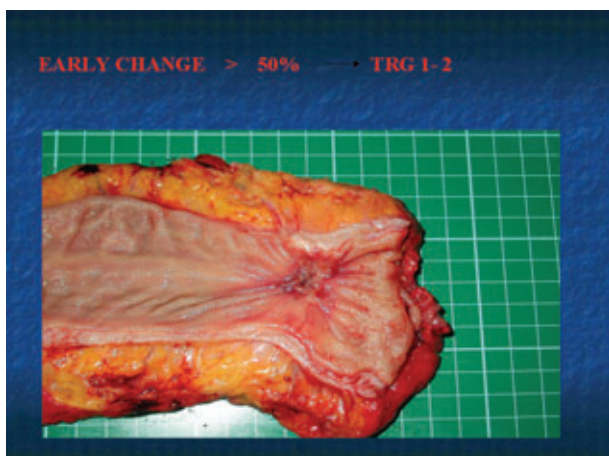
51



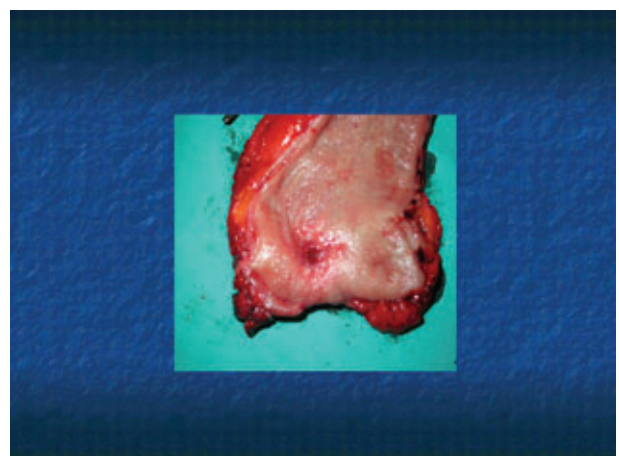
52



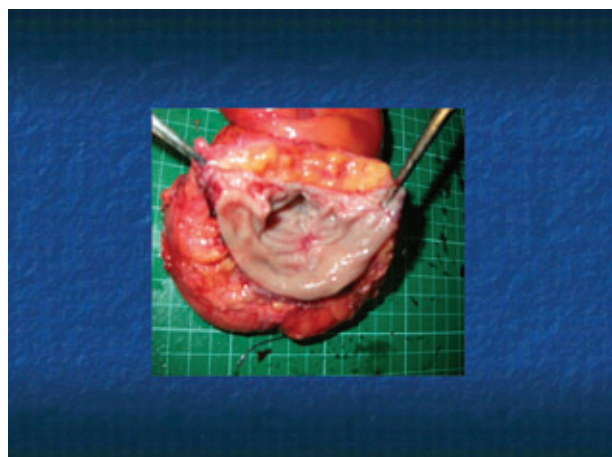
53



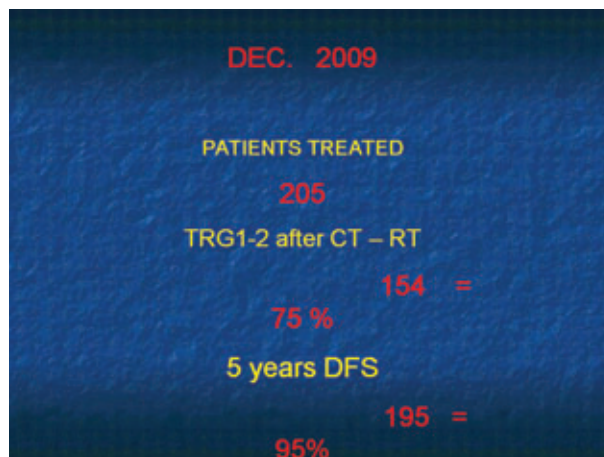
54



55



56



57

FUTURE

REDUCE SURGEY
Increased complete response rate might lead to different surgical approach also in LARC .

LOCAL TRANSANAL EXCISSION

VALERIO PARISI NCI-NAPLES
parisivalerio@hotmail.com

58

FOLFOX TRIAL SCHEDULE
uT3 & uT4 GASTRIC CANCER 135 PTS
70 PET RESPONDERS

| | | |
|----------------------------|----|-------|
| DOWNSTAGING | 70 | 100 % |
| ■ DOWNSIZING | 70 | |
| ■ 5 YEARS RESULTS 30 of 70 | | |
| ■ DFS SURVIVAL | 26 | 86.6% |
| ■ OS SURVIVAL | 28 | 93.3% |

parisivalerio@hotmail.com

59

MANAGEMENT WITH A GASTRIC CANCER

(OUR) STRATEGY :
4 -FOLLOW-UP & QUALITY OF LIFE

EVERY 2 MONTHS FOR THE FIRST YEAR
EVERY 6 MONTHS FOR 5 YEARS

parisivalerio@hotmail.com

60

ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИКАНЕВОЙ ГИПЕРТЕРМИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Московский Научно-Исследовательский Онкологический
Институт им.П.А. Герцена

1

Радиочастотная абляция или высокочастотная гипертермия

- Метод деструкции биологической ткани посредством немодулированной синусоидальной электромагнитной волны, частота которой соответствует радиочастотному диапазону около 450-500 кГц

2

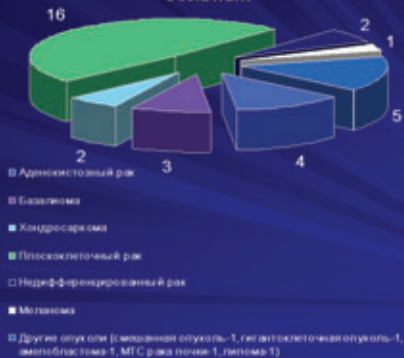
Статистические данные

- Общее количество пациентов - 34
- Общее количество процедур - 102



3

Морфологическая характеристика оперированных больных

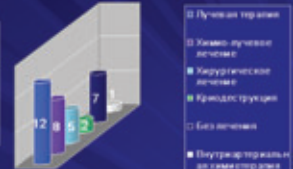


4

Характер опухолевого процесса



Предшествующее лечение



Анастезия



5

Методы оценки клинического эффекта

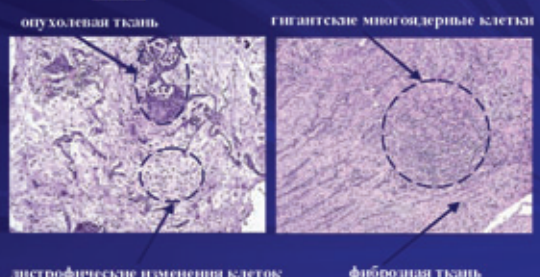
- Ультразвуковой контроль (оценка размеров, структуры и объема опухоли)
- КТ или МРТ
- Визуальный контроль
- Морфологический контроль (прицельная биопсия)

6

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТА ГИПЕРТЕРМИИ (16 сутки после лечения)

Опухолевый узел с очагами некроза и дистрофическими изменениями клеток

Опухолевое ороговение



7

Метатом – 2

Генератор и блок управления для проведения высокочастотной минимальноинвазивной термотерапии



8

Разработан

- ООО «Медтех-ММ», ЗАО «Техносвет»
- ГУ МНИОИ им П.А.Герцена
- Патент № 58905 установка для разрушения биотканей с приоритетом от 17.04.06 г.

9

Технические характеристики аппарата Метатом-2

- Рабочая частота 440 кГц
- Максимальная мощность – 70 Вт
- Масса комплекта – 12 кг
- Возможность работы с увлажняемым электродом и охлаждаемым электродом с внутренней циркуляцией (кул-тип)

10

- Система является монополярной, электромагнитный поток проходит от генератора через изолированный кончик электрода в окружающую ткань по направлению к пассивному электроду образуя полную электрическую цепь

11

Назначение

- Комплекс предназначен для разрушения биологических тканей и других патогенных структур путем их нагрева до температур коагуляции 50-100 град

12

Области применения в онкологии

- Челюстно-лицевая хирургия
- Хирургия печени
- Нейрохирургия
- Урология
- гинекология

13

Набор электродов для проведения процедуры лечения



Игольчатый электрод (ИЭ) имеет диаметр 1,2 мм или 1,6 мм. Длина ИЭ составляет 190 мм или 290 мм, при этом внутри биоткани он может быть погружен на глубину 100 мм или 200 мм. Электрод за исключением рабочей части на конце иглы длиной 20 или 30 мм имеет электроизоляционное покрытие. В рабочей части электрода имеются 4 сквозных отверстия диаметром 0,5 мм на расстоянии 2 мм или 3 мм друг от друга; первое отверстие находится на расстоянии 8 мм от конца иглы. ИЭ позволяет измерять температуру биоткани около конца иглы.

Термодатчик (ТД) имеет диаметр 1,2 мм или 1,6 мм. Длина ТД составляет 150 мм или 250 мм, при этом внутри биоткани он может быть погружен на глубину 100 мм или 200 мм. ТД за исключением рабочей части на конце иглы длиной 7 мм имеет электроизоляционное покрытие. ТД позволяет измерять температуру биоткани на периферии обрабатываемой опухоли.

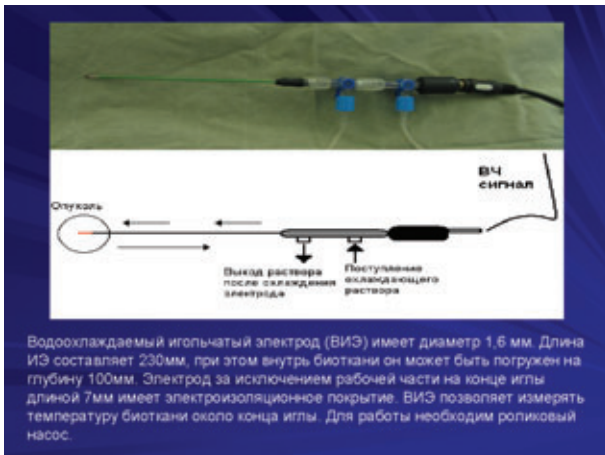
14

Схема работы ИЭ



Схема работы ИЭ (Игольчатый электрод) показывает: Игла, Поступающее охлаждающее/нагревающее вещество, ВЧ сигнал.

15

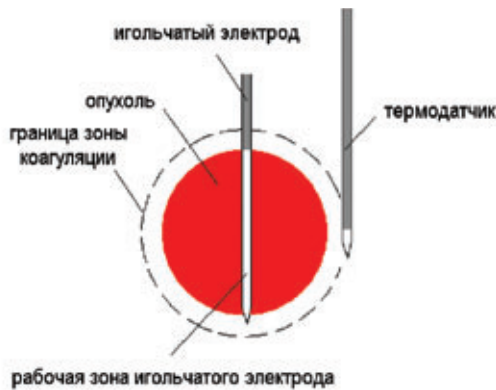


16

Выбор мощности генератора

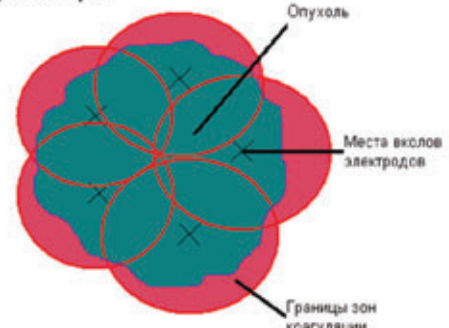
- Устанавливаемая мощность генератора и время проведения процесса радиочастотной абляции зависят от свойств обрабатываемой опухоли, ее локализации (поверхностная или глубоко расположенная) от наличия вблизи крупных кровеносных сосудов. Радиочастотная абляция заканчивается, когда температура измеряемая термодатчиком на периферии достигает 50-60 град

17



18

Метод обработки опухолей большого размера



19

Больная Ш. 31 г., Хондросаркома нижней челюсти T1aNoMoG1. Резекция нижней челюсти 05.05г. Рецидив опухоли (5,5x3,5x4,5см) 05.06г. Биопсия: Н-46525-68 хондросаркома аналогичного предыдущему исследованию строения с участками рассасывания костных балок. ВЧ-гипертермия, с последующим выполнением хирургического лечения 09.06г. Морфология: после хирургического этапа 0 23968-77\оп-выраженный 4 степени лечебный патоморфоз опухоли в виде обширных полей фиброизирования, участков рассасывания костной ткани, очагов скопления гигантских многоядерных клеток. Элементов опухоли нет. Срок наблюдения 13 мес.

20



21

Больная Ш., Аденокарцинома слезной железы. Состояние после хирургического лечения 09.05. Метастаз аденокистозного рака в кожу лба и левой височной области. (цит 2163\06оп-аденокистозный рак) Вч-гипертермия (цит контроль – 1208\07оп очаги скопления гигантских многоядерных клеток элементов опухоли нет) Срок наблюдения 13 мес.

22



23

Больной Ч., Хондросаркома верхней челюсти слева IIб ст Т26Н0М0G2. Состояние после 2-х курсов внутриартериальной ПХТ(цисплатин,адриабластин,циклофосфан) и гипертермии 25.10-21.12.06г. Размеры опухоли 7,5х6см. Морфология: О 52227-74\оп-хондросаркома с очагами некроза, слабо выраженными признаками лечебного патоморфоза.

24



25

Больной Д. Рак правой боковой поверхности языка Т1Н0М0. Хирургическое лечение(по месту жительства).Продолженный рост.Состояние после предоперационной ЛТ в СОД-30Гр(экв36).Лечение прервано в связи с развившимися лучевыми реакциями. Остаточная опухоль. Состояние после ВЧ-гипертермии. О 65741\б-плоскоклеточный рак языка контрольная биопсия после лечения(15мес)- частица слизистой с покровом из многослойного плоского эпителия и гиперкератозом

26



27

ВЧ гипертермия опухоли дна полости рта
 Больной Н., рак языка III стадии Т3N0M0. Состояние после лучевой терапии СОД 70 Гр (2006). Продолженный рост опухоли



Опухоль дна полости рта в процессе лечения

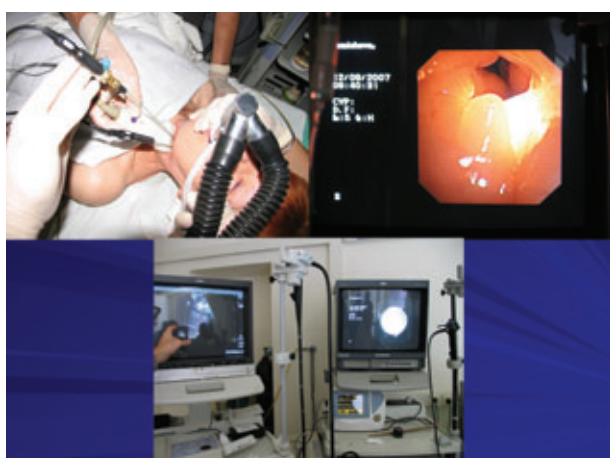
2 недели после проведенной гипертермии

Полная резорбция опухоли. Вид полости рта через 1 месяц

28

Больная Ф., плоскоклеточный рак гортани, рецидив после комбинированного лечения. Сочетание ВЧ-гипертермии и интраоперационной ФДТ. Стабилизация процесса.

29



30

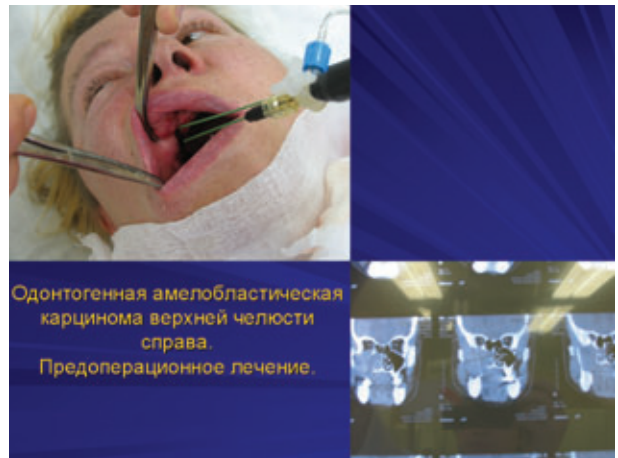
Больная Д., недифференцированное злокачественное круглоклеточное новообразование без признаков гистогенетической принадлежности. Проведена ВЧ-гипертермия в моноварианте. Полная резорбция опухоли. Срок наблюдения 16 мес.

31



ГТ в качестве самостоятельного метода лечения (продолжительность лечения 2 мес, общее количество процедур 6)

32



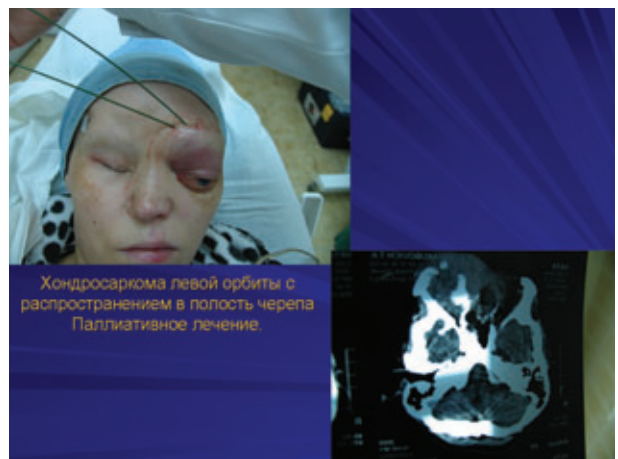
Одонтотгенная амелобластическая карцинома верхней челюсти справа. Предоперационное лечение.

33



больной 4. Рак правой околоушной слюнной железы, комбинированное лечение: гипертермия в предоперационном периоде. Гистология после операции: в толще слюнной железы имеется разрастание злокачественного новообразования солидного строения с выраженными дистрофическими и некробиотическими изменениями клеточных элементов, очаги некроза

34



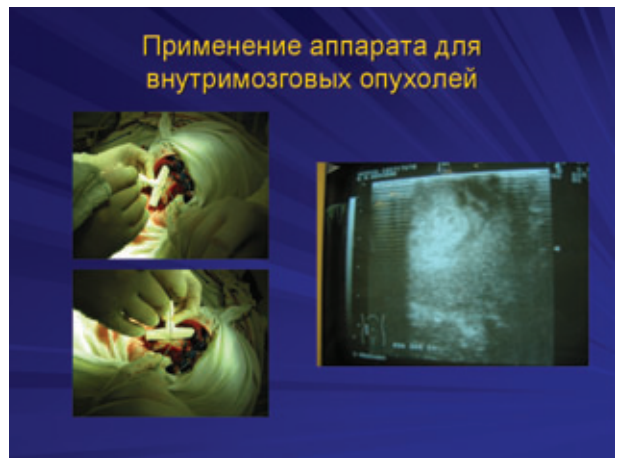
Хондросаркома левой орбиты с распространением в полость черепа. Паллиативное лечение.

35



Внутриканальная СВЧ-гипертермия опухоли челюстно-лицевой области под контролем КТ-томографии

36



Применение аппарата для внутримозговых опухолей

37

Результаты лечения

- Характер проведенного лечения
 1. Гипертермия – 17
 2. ГТ с отсроченным выполнением хирургического этапа – 14
 3. Интраоперационная ГТ – 3
- Общие результаты
 1. Без признаков рецидива – 23
 2. Стабилизация процесса - 7
 3. Продолженный рост - 4
 4. Сроки наблюдения от 3 до 18 мес
 5. Средние размеры опухоли 2х3см
 6. Среднее количество процедур на одного больного – 3
- Функциональные результаты
 1. Сохранение функции подвижности языка - 9
 2. Питание через рот – 12
 3. Сохранение функции фонации- 12
- Осложнения
 1. Кровотечение – 2
 2. Поверхностный некроз кожи – 5 (для поверхностно расположенных опухолей)

38

Варианты применения гипертермии

- как самостоятельный метод лечения
- предоперационная гипертермия
- как этап комбинированного лечения
- Сочетание различных методов воздействия

39

Преимущества метода

- Малоинвазивность
- Возможность проведения процедур больным с отягощенным соматическим анамнезом
- Возможность выполнения процедур под местной или комбинированной анестезией
- Минимальное количество осложнений
- Относительная дешевизна и доступность простота процедуры
- Существенно расширяет контингент больных подлежащих радикальному лечению

40

Спасибо за внимание



41

CERVICAL CANCER TREATMENT

Prof. Dr. med. Klaus Friese

Cervical cancer is a major cause of cancer-related mortality in women worldwide with an estimated 493,000 new cases and 274,000 deaths per year (2002). Therefore, cervical cancer constitutes an important socioeconomic health issue especially since it is much more common in developing countries, accounting for 15% of female cancers. In developed countries, cervical cancer accounts for only 3.6% of new cancers, with a cumulative risk of 0.8% before age 65 and an estimated the relative 5-year survival about 66% in Western Europe.

Treatment of cervical cancer varies includes surgery, radiotherapy and chemotherapy depending on the disease stage. Standard surgical approach in stage IA2–IB2 patients can be radical hysterectomy with lymphadenectomy or simple hysterectomy (possibly conization with negative margins in patients with the wish of preservation of fertility) for microinvasive disease (stage IA1). These therapeutic options have been individualised during the past year depending on multiple factors including the age, medical condition, tumour-related factors, treatment preferences and fertility preservation. Especially the emerging laparoscopic complete surgical staging has become a valuable and valid method for identifying high-risk patients and scheduling a treatment plan. Moreover, minimally invasive surgery has become important in the treatment of early cervical carcinoma. Laparoscopically assisted radical vaginal hysterectomy (LARVH) has become an emerging and reasonable

alternative surgical option to a subset of patients. If preservation of fertility is desired, a radical vaginal trachelectomy (RVT) and laparoscopic pelvic lymphadenectomy or laparoscopic vaginal radical trachelectomy (LVRT) may be an option in small cervical cancer. The evaluation of adverse prognostic factors before selecting the optimal surgical approach has enabled less radical surgery in stages Ia2–Ib1 with a subsequent better quality of life to cervical cancer patients.

However, preventive strategies are better than treatment options. HPV, the most commonly occurring sexually transmitted infection, is associated with lesions ranging from benign anogenital warts to cervical cancers. Especially “High-risk” HPV- types 16 and 18 have been associated with cervical dysplasia and cancer. A milestone in the prevention of HPV infection is the development of a vaccine. Vaccination can provide almost a 100% protection from HPV infection up to 3 years for HPV-types included in the vaccine, in addition to cross-protection to a certain number of species-related HPV-types, and in young women who did not have an HPV infection at the time of vaccination. Although such a preventive strategy for cervical dysplasias and cervical carcinomas is extremely promising and intriguing, it is still not quite clear to what extent cervical dysplasia and cancer can be reduced. The medical and patients’ communities await the final results of the follow-up studies that are still in progress.



Компания МИП:

Адрес: г. Москва,
проспект Мира 16 строение 2

Тел.: (495) 978-04-93
(многоканальный)

e-mail: mip@miponline.ru



NEW IMAGING TECHNOLOGIES IN NEURO-ONCOLOGY

Andrei I. Holodny, M.D.
Memorial Sloan-Kettering Cancer Center

1

Goal of brain tumor surgery

- Maximize resection of the tumor
 - Increases survival
 - Improved quality of life
- Not to resect important brain structures adjacent to the tumor
 - Avoid neurological complications

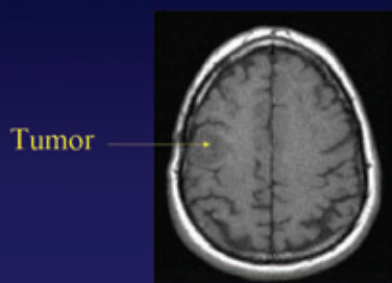
2

Identification of eloquent cortices

- Direct intra-operative stimulation
- Pre-operative functional MRI

3

Tumor adjacent to the motor cortex



Where is the motor cortex?

4

Functional MRI (fMRI)

- “Brain Mapping” using MR imaging to measure the quick and small metabolic changes that take place in an active part of the brain.
- Provides not only closer look at the brain, but determines precisely which part of the brain is handling thought, movement, sensation and speech



5

What is fMRI?

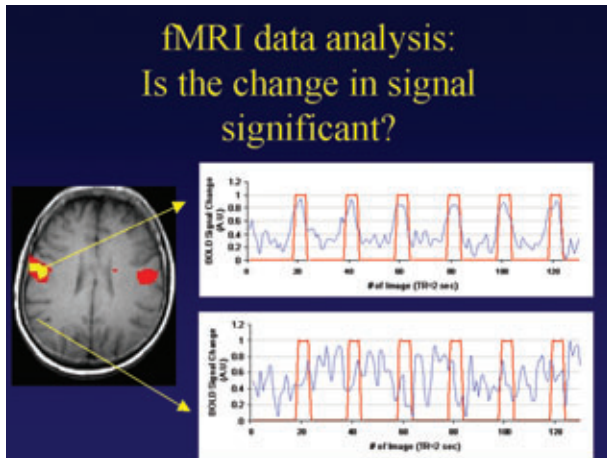
- you want to see how the signal intensity in each voxel of the brain changes over time due to a change in some set of conditions (paradigm).

6

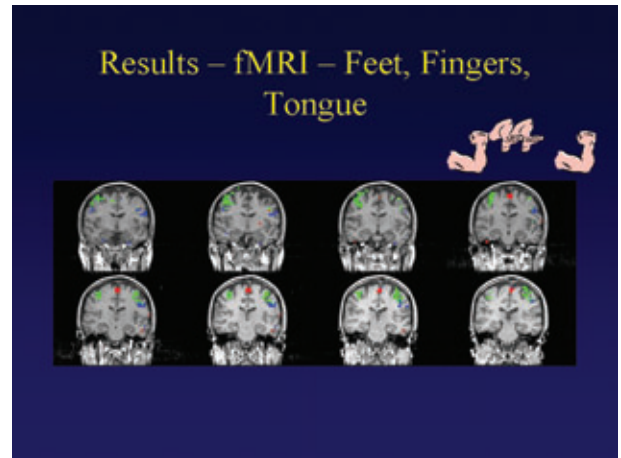
Basic scheme:

1. fMRI data
2. High resolution T1 data
3. Analyze fMRI data off-line
4. Co-register fMRI data to T1 data
5. Load on to neurosurgical computer

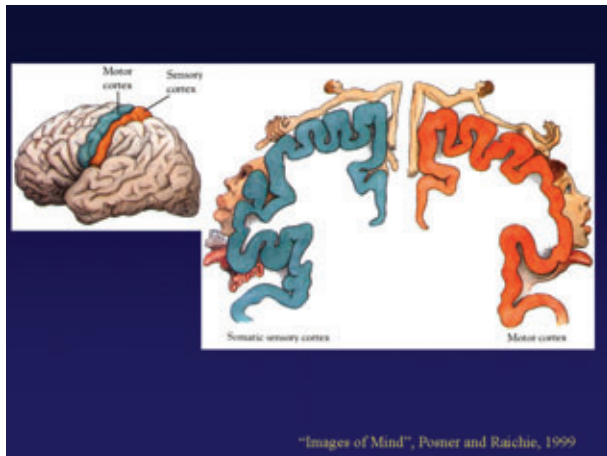
7



8

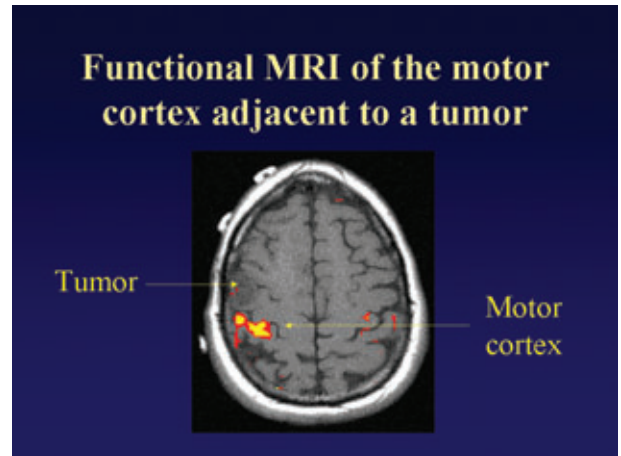


9



"Images of Mind", Posner and Raichle, 1999

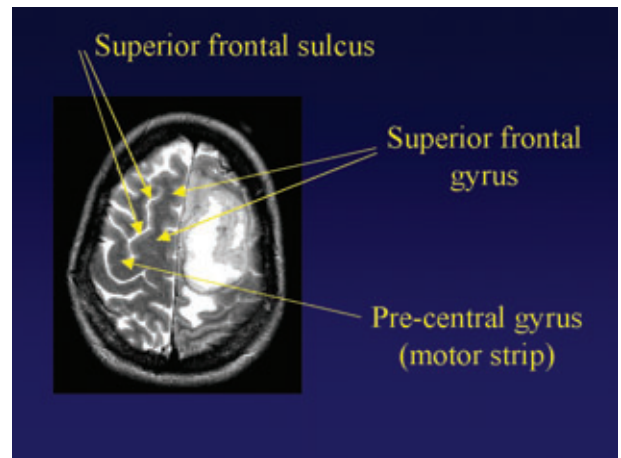
10



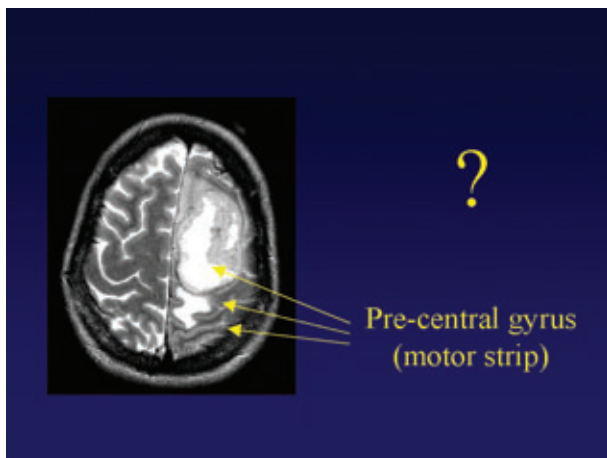
11

- ### Advantages of fMRI
1. Allows for better pre-operative planning.
 - a. Should I do the operation?
 - b. Surgical approach
 2. Non-invasive
 3. Decrease of intra-operative "surprises"
 4. Decreases time of operation and time under anesthesia
 5. Sometimes intra-operative mapping does not work – problems with sedation

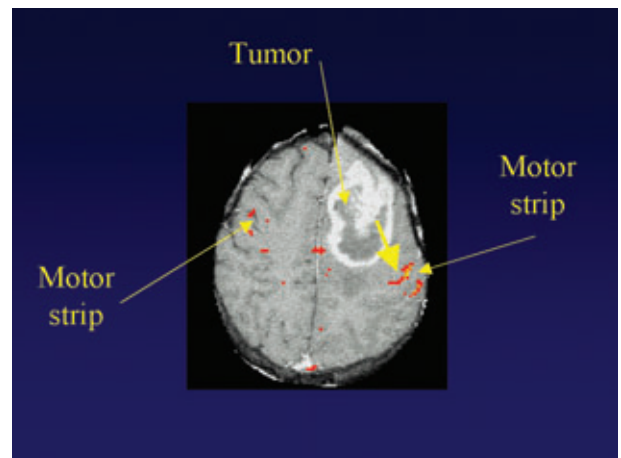
12



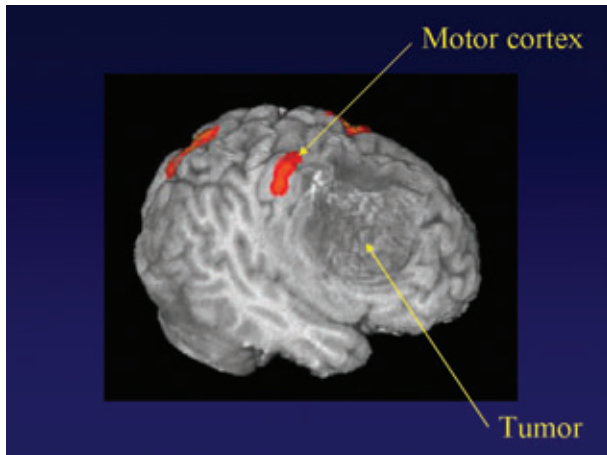
13



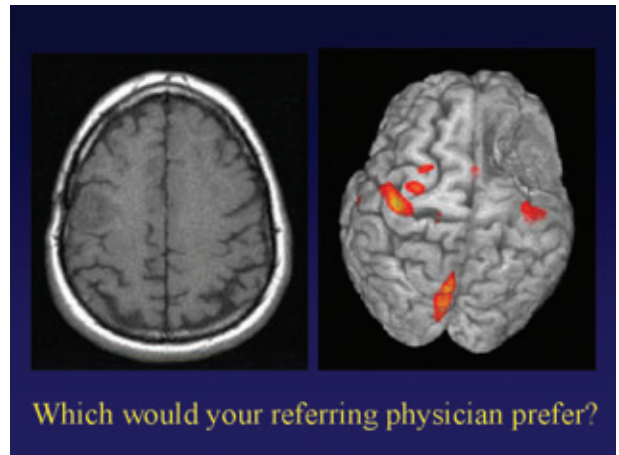
14



15



16

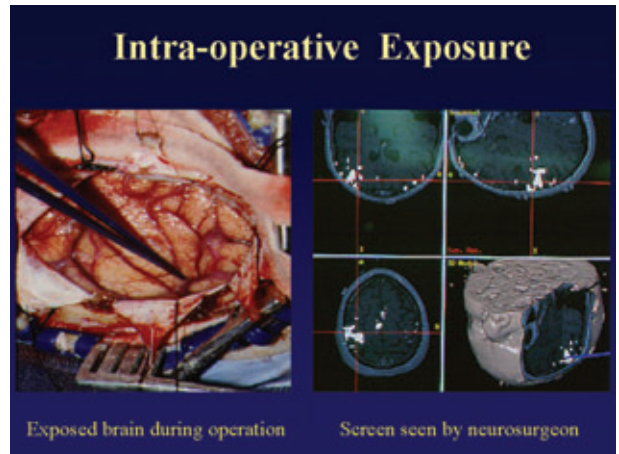


17

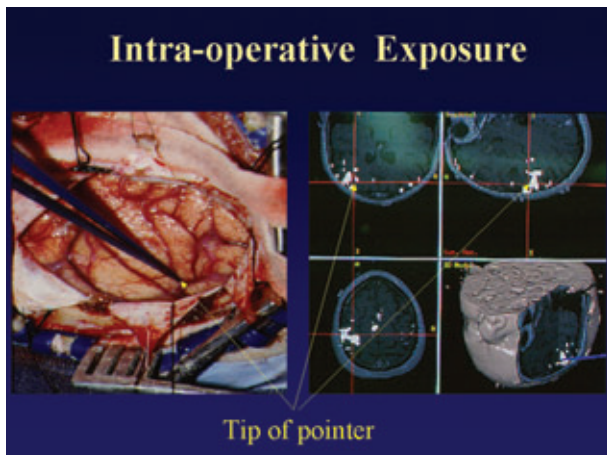
Pre-operative fMRI:
general considerations

- 4 cases per week at MSKCC
- In the near future, essentially all neurosurgery will be image guided
 - fMRI
 - Diffusion tractography
 - Molecular markers

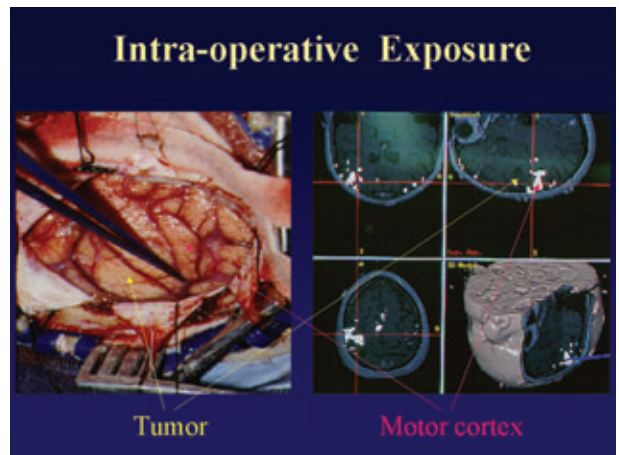
18



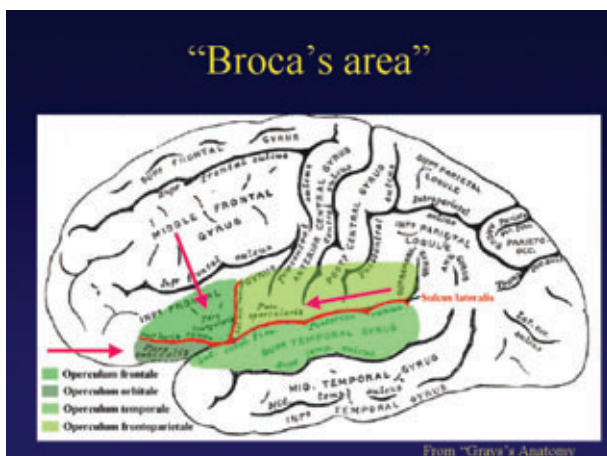
19



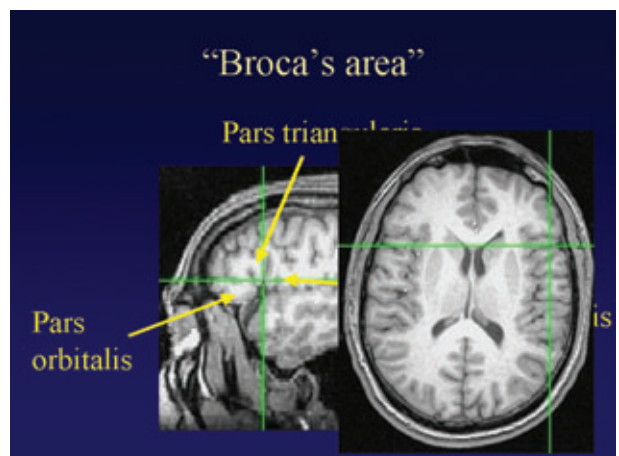
20



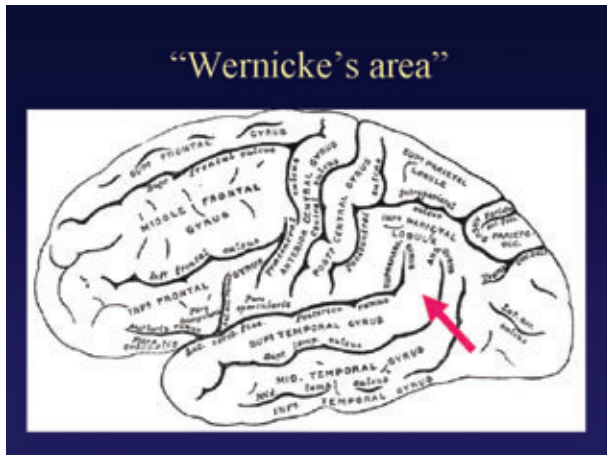
21



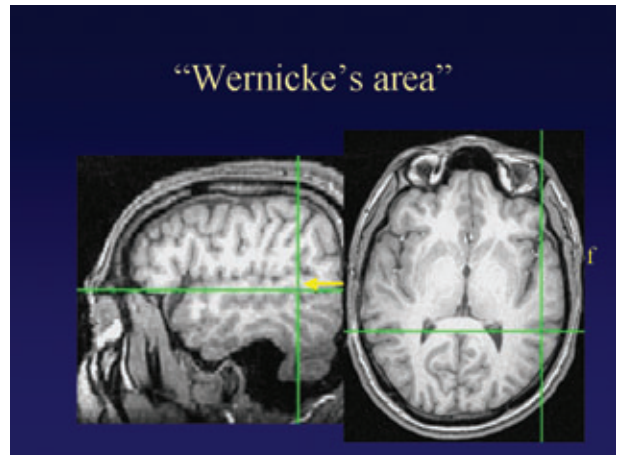
22



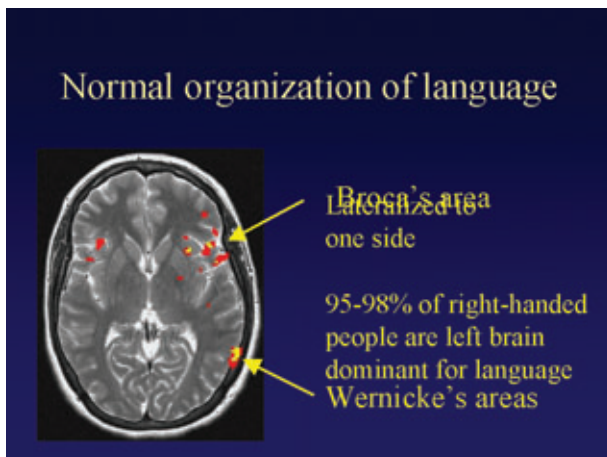
23



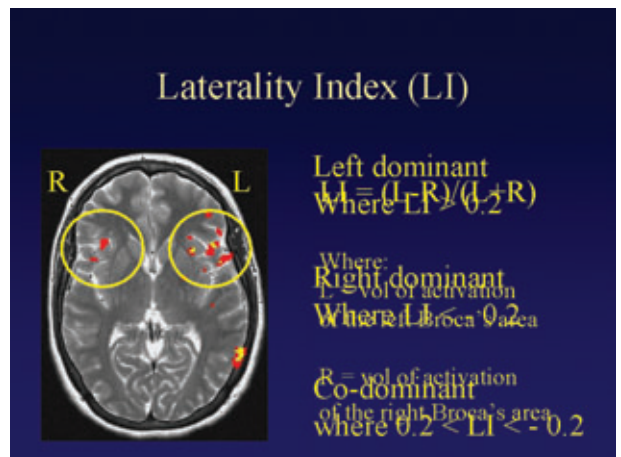
24



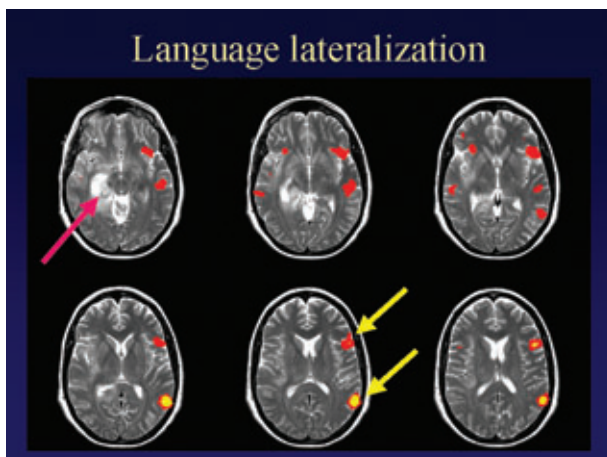
25



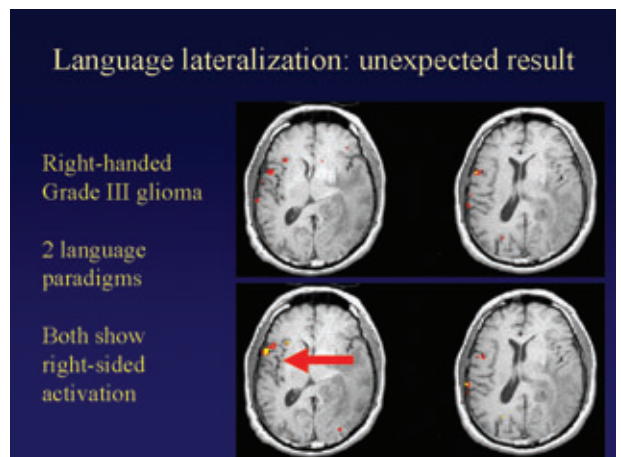
26



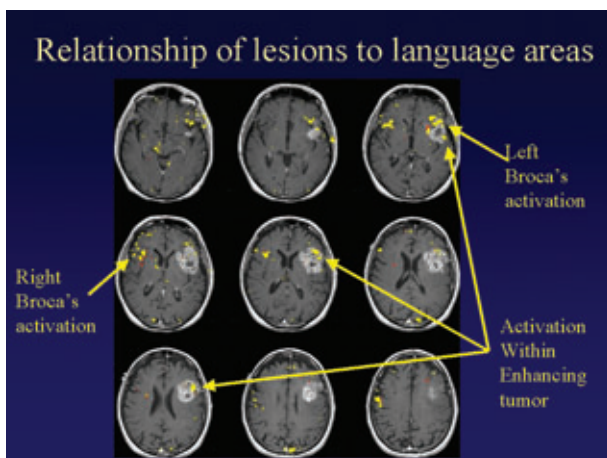
27



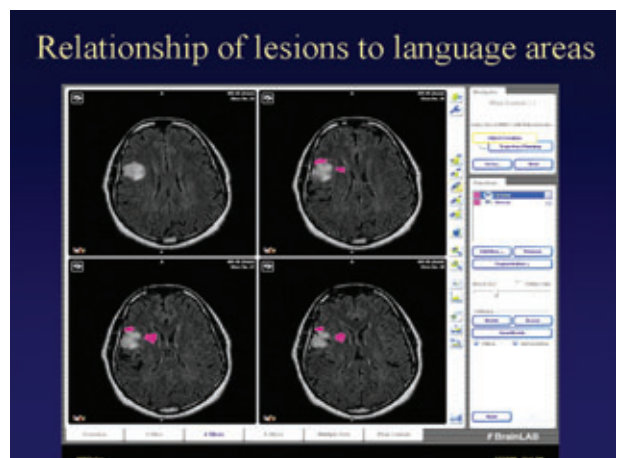
28



29



30

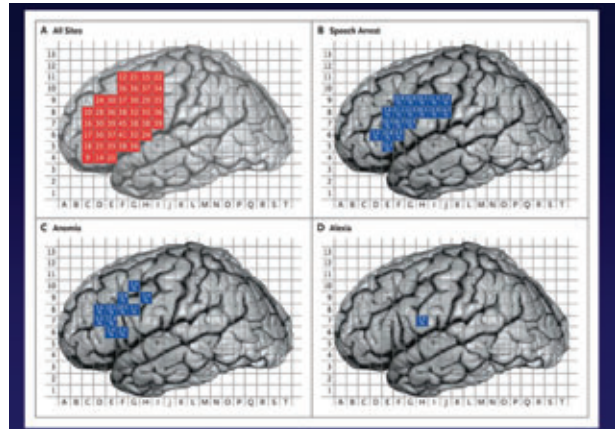


31

Other language areas

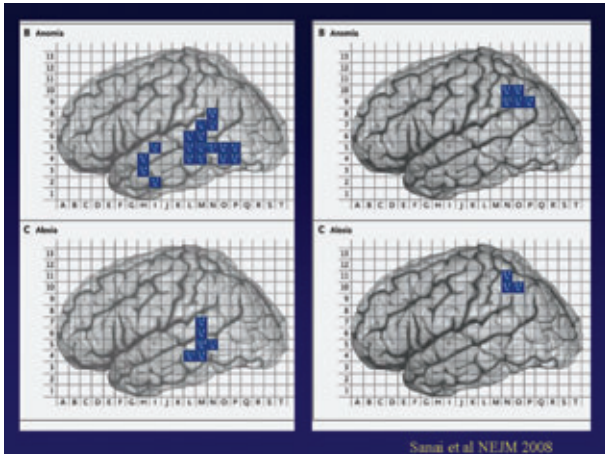


32



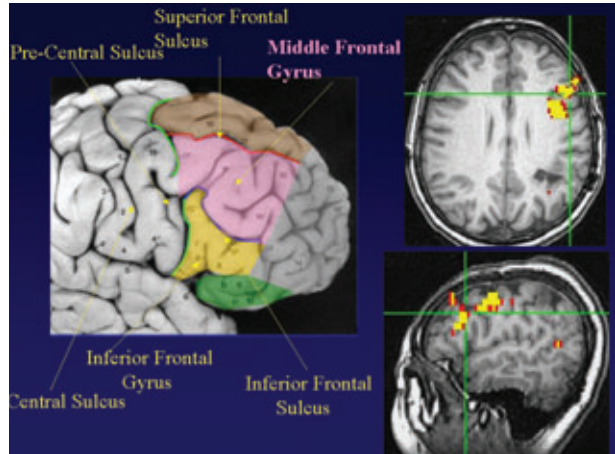
Sanai et al NEJM 2008

33

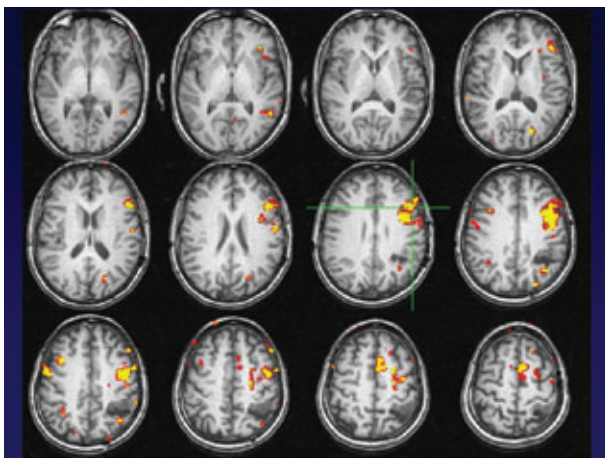


Sanai et al NEJM 2008

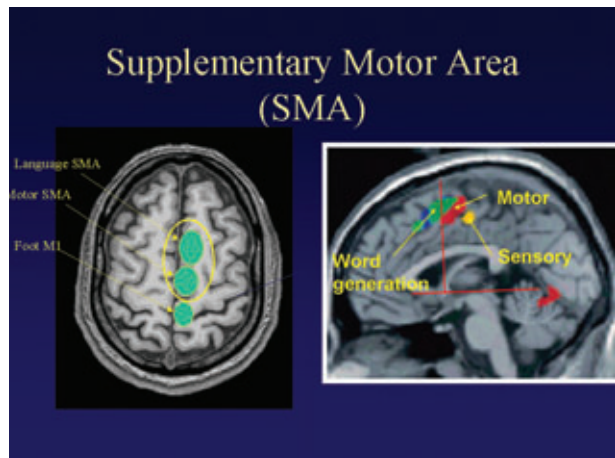
34



35



36



37

Cortical reorganization (plasticity)

- As a disease process destroys part of the brain, another part of the brain takes over that function.
- Very interesting basic science and clinical work is based on this concept.
- Shown to occur in strokes.
- Clearly important in neurosurgical planing.

38

Cortical reorganization (plasticity)

Important questions:

1. Is there reorganization of the cortical function due to the growth of an adjacent brain tumor (brain plasticity)?
2. When and under what conditions does it occur?
3. Can this be detected by fMRI?

39

Cortical reorganization (plasticity): Interesting case

- A 34-year-old, right-handed man was first diagnosed with an astrocytoma involving the left inferior frontal cortex seven years prior to the current admission.
- A stereotactic biopsy at that time demonstrated a grade II/IV astrocytoma.
- Surgical resection was not performed due to involvement of the presumed Broca's area.

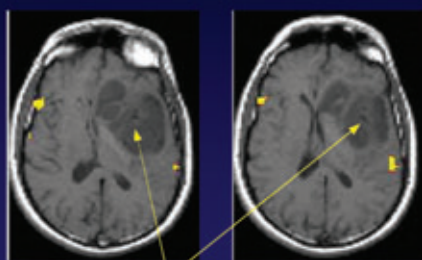
40

Cortical reorganization (plasticity): Interesting case

- Instead, the patient was treated with fractionated external radiation therapy and chemotherapy.
- He was followed with serial magnetic resonance imaging (MR) scans that demonstrated slow progression of the tumor.
- The current admission was prompted by the presence of uncal herniation

41

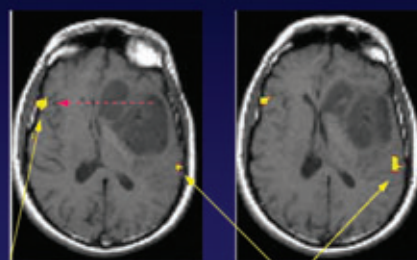
Translocation of Broca's area to the contralateral hemisphere



Tumor

42

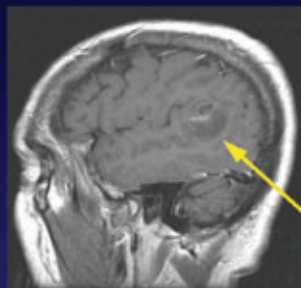
Translocation of Broca's area to the contralateral hemisphere



Broca's
area

Wernicke's area

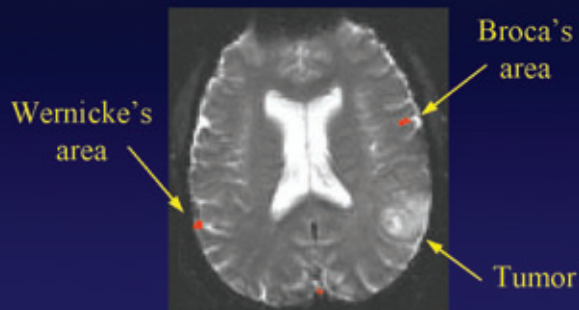
43



62 year-old right-handed man

Expected location of Wernicke's area

44



Wernicke's
area

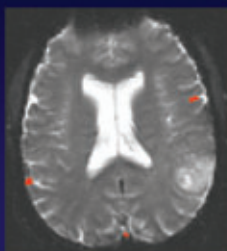
Broca's
area

Tumor

45

Conclusion

- We postulate that Wernicke's language function was originally located in the region taken over by tumor and gradually translocated to the right hemisphere.
- Had this patient not undergone fMRI, the optimal treatment may not have been performed.

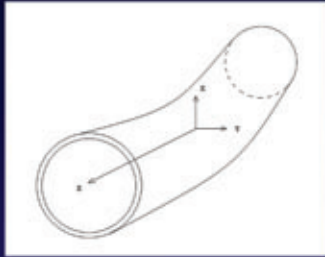


46



- White matter tracts?
- Neither BOLD fMRI nor MEG can depict white matter activation
- Surgical transection of the white matter tracts leads to devastating consequences.

47

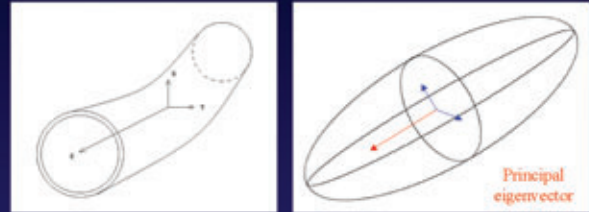


Water diffuses asymmetrically in the white matter: diffusion is restricted perpendicular to the long axis of the axon. Water diffuses much faster along the z-axis. This is known as anisotropy. We will use this principle to define the direction of the axons in a particular voxel.

48

Diffusion ellipsoid:

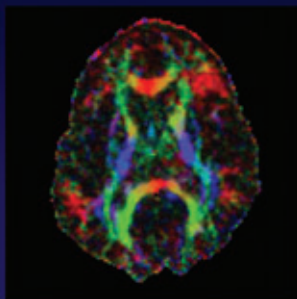
Defines the magnitude and direction of the diffusion of water molecules in each voxel in the brain.



The eigenvector corresponding to the largest eigenvalue, termed the "principal eigenvector", defines the main direction of diffusion of water molecules in that voxel.

49

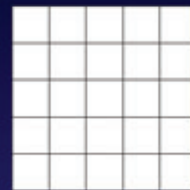
Diffusion Tensor – Color Map



↔ Left-Right
 ↑↓ Anterior-Posterior
 ⊗ Superior-Inferior

50

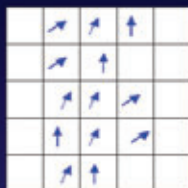
Generating a trace



Representation of voxels in the brain

51

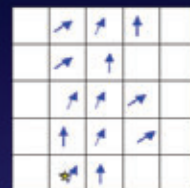
Generating a trace



A diffusion tensor (with magnitude and direction) is generated for each voxel.

52

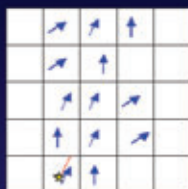
Generating a trace



A "starting point" is chosen

53

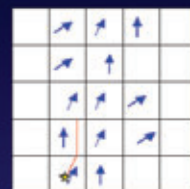
Generating a trace



A "trace" is generated by drawing along the direction of the diffusion tensor

54

Generating a trace



A "trace" is generated by drawing along the direction of the diffusion tensor

55

Generating a trace

A "trace" is generated by drawing along the direction of the diffusion tensor

56

Generating a trace

A "trace" is generated by drawing along the direction of the diffusion tensor

57

Glioma

Where is the cortico-spinal tract?

Holodny et al AJNR 2001.

58

Glioma

Cortico-spinal tract of the foot

Cortico-spinal tract of the hand

Holodny et al AJNR 2001.

59

Holodny et al Radiology 2005;234:649-653

60

Tumors adjacent to white matter tracts

Diffusion tractography

Color fractional anisotropy map

61

Tumors adjacent to white matter tracts

Color fractional anisotropy map

BrainLab

62

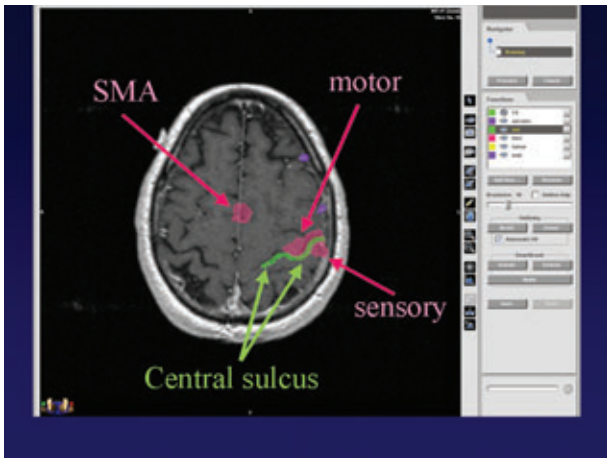
Large veins

Central sulcus

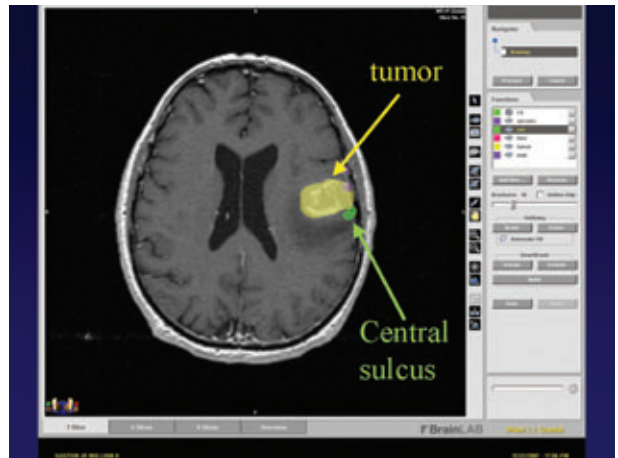
Motor cortex

tumor

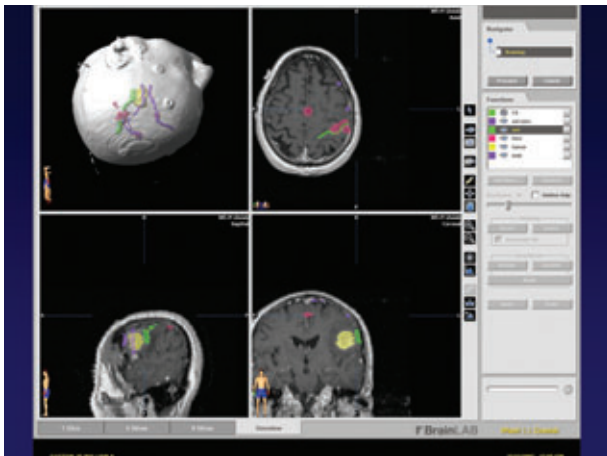
63



65



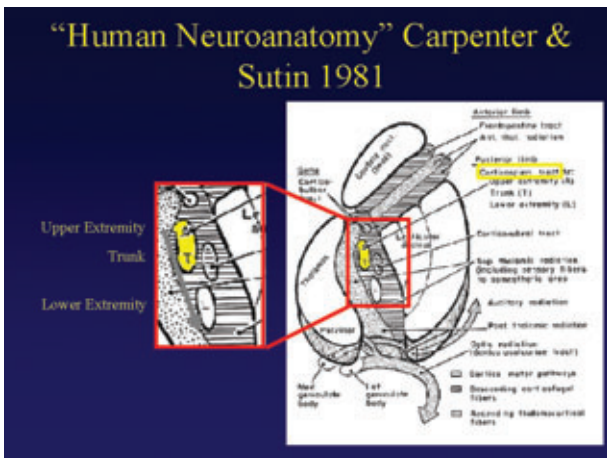
66



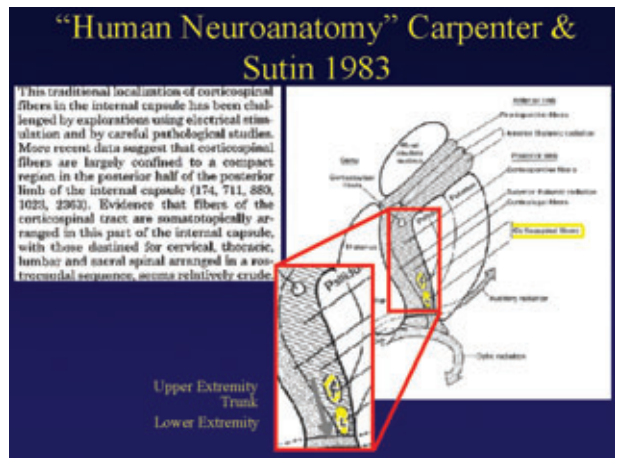
67

Location of the corticospinal tract in the posterior limb of the internal capsule?

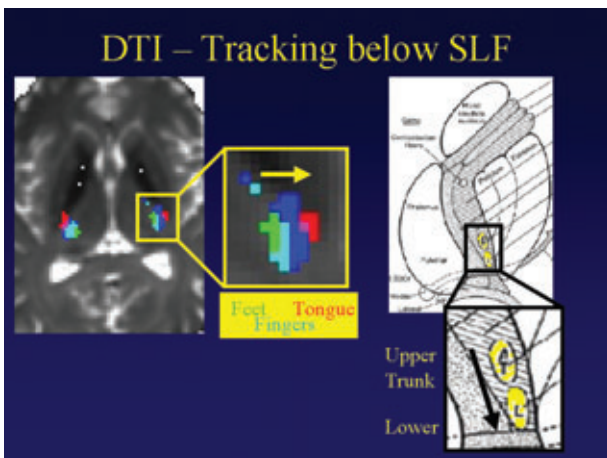
68



69



70



71

Acknowledgments:

| | |
|--------------------|------------------|
| Joseph Maldjian | Nicole Petrovich |
| Wen-Ching Liu | Jazmin Schwartz |
| Michael Schulder | Philip Gutin |
| Kris Mosier | Andrew Kalnin |
| Luc Bidaut | Richard Watts |
| Edward Butterworth | Devang Gor |

72

IMPACT OF ADVANCES AND CONTROVERSIES IN BREAST CANCER MANAGEMENT ON RECONSTRUCTIVE APPROACHES

*Marek Dobke, M.D.,
Brian De Neve, M.B.A.,
Anne Wallace, M.D.*

Division of Plastic Surgery, UCSD

1

- Practice guidelines for the treatment of breast cancer do not include details of reconstructive recommendations
- Evolution of "controversial" issues: what was controversial yesterday became standard today
- New modalities

2

Issues

- Breast conservation and customized/oncoplastic approaches
- Breast cancer risk assessment and prevention
- Management of the axilla; Sentinel node and reconstruction
- Postmastectomy breast irradiation
- Surgery for locally advanced cancer
- Emerging reconstructive techniques
- Follow-up; Imaging of the reconstructed breast

3

Breast Cancer Prevention- Prophylactic Breast Surgery

- Multiple options available for the high risk women
- BRCA 1/2 patients now commonly seen
- These patients require a team approach to include genetic counselors, breast surgeons, radiology, etc.
- Not all patients require the same measure of prevention

4

Nonsurgical Options

- Tamoxifen
- Raloxifene on the STAR trial or other trials
- Ovarian ablation via surgery or zoladex; data suggests up to 80% reduction in breast cancer in BRCA patients
- Celecoxib and other COX-2 inhibitors; some early human data show reduction in colon, breast and other cancers
- Aromatase Inhibitors for prevention (Arimidex)
- Antiangiogenic agents, Tyrosine Kinase inhibitors

5

Bilateral Prophylactic Mastectomies

- Over 90% reduction in breast cancer
- Total mastectomy versus subcutaneous
- Consider sentinel node biopsy
- Reconstruction almost always performed-many of these women are younger and choose implant or "perforator" flap reconstruction

6

Clinical Example #1

- 23 year old female
- Tested positive for BRCA2
- Mother and Grandmother had prophylactic mastectomies 20 years ago because of family history
- 32 year old aunt DEAD from breast cancer
- 28 year old cousin just diagnosed

7

Options for Jaime

- Careful observation (but reliability of mammogram poor in this age group) to include ductal lavage
- Oophrectomy-systemic consequences unknown at such young age
- Tamoxifen-benefit and systemic consequences unknown as well
- Bilateral prophylactic mastectomies

8



9

Clinical Example #2

- 50 year old patient had breast cancer 10 years ago, chose lumpectomy/radiation
- Completed 5 years of Tamoxifen after 6 cycles CMF chemotherapy
- Recently tested positive for BRCA2
- Had oophrectomy already to prevent ovarian cancer risk

10

Options for Patient 2

- Understanding her true lifetime risk of breast cancer is difficult
- Tamoxifen decreased her risk
- Oophrectomy decreased her risk
- Radiation, CMF ?decreased ipsilateral risk
- Prophylactic mastectomies may be "overkill"
- Consider for lavage, MRI and observation

11



12



13

Breast Conservation with Plastic Surgery Application

- Breast conservation standard of care when possible
- Traditionally reserved for women with small tumors, moderate sized breasts
- Defects created by lumpectomy can be repaired with local flaps or a latissimus flap
- Larger tumors can be removed via reduction mammoplasty

14

Nipple Sparing Mastectomy

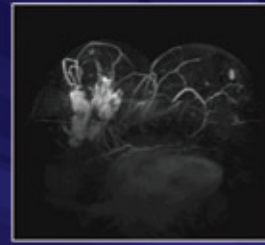
- Some centers starting to revisit this
- Cleveland Clinic- if tumor distant from nipple, and tissue deep to nipple free of disease on frozen section
- Studies of nipple involvement range from 8-50%
- Cosmesis questionable
- Sensation not usually spared
- Leaving thick tissue around and under nipple not acceptable

15

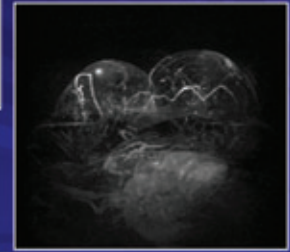
Advanced Imaging

- Leading to better pre-op visualization for breast conservation
- Breast MRI-changes surgical management 15-20% of breast cancer cases
- Digital Mammography
- Ductoscopy

16

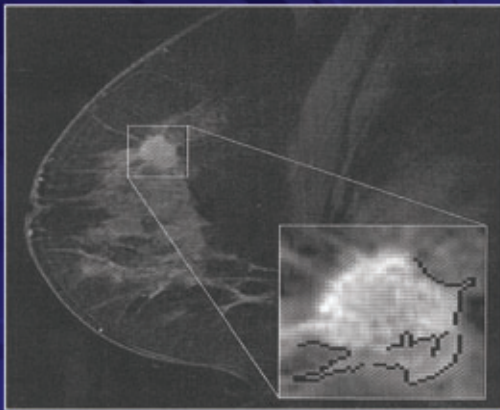


Pre-chemo



Post-chemo

17



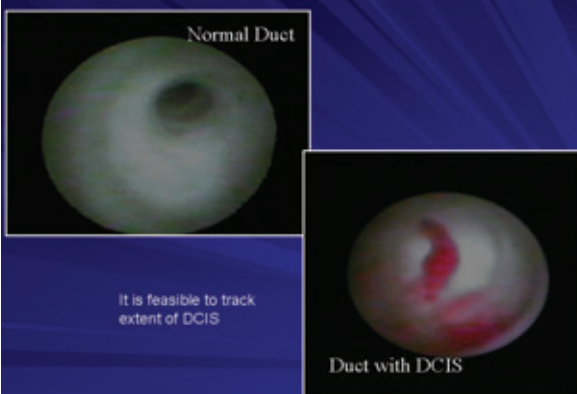
18



0.9 mm scope inserted into nipple orifice



19



It is feasible to track extent of DCIS

Duct with DCIS

20

Breast conservation to the extreme...



21

Customized Plastic Surgery

- May require multiple needle bracketing
- If stereotactic clip migrated, margins may be off
- Tissue rearrangement needs to be well documented so that if margins are positive, site can be re-identified

22



Lower quadrant tumor can be removed via VERTICAL MAMMAPLASTY technique



23



24

Breast Conservation Via Mastopexy

Preop

- Radiology localized tumor
- Mastopexy drawn around

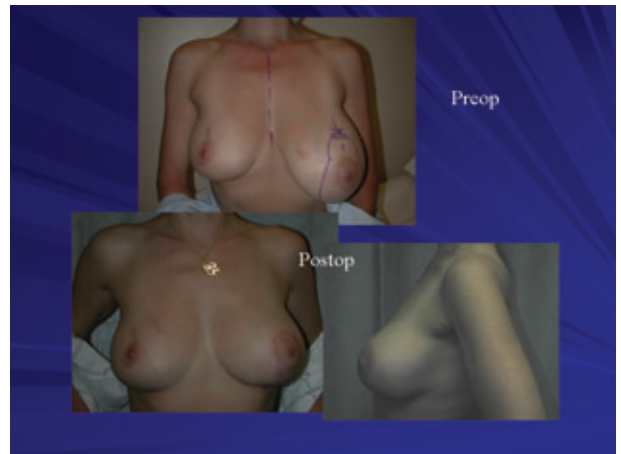
Postop 1 year

25

Opposite Side Symmetry

- Reduction
- Augmentation
- Mastopexy
- Prophylactic mastectomy

26



27

Management of the Axilla

Why Do Axillary Node Dissection?

- Prognosis
- Local recurrence
- Entry into clinical trials

28

Why Not Do Axillary Node Dissection

- Lymphedema 5-20%
- Sensory changes in arm
- Wound problems
- ROM problems
- Longer operative time
- Overnight stay
- LESS specific tissue for pathologist to examine

29

Lymphatic Mapping and Sentinel Node Biopsy has Become the Compromise Between Doing and Not Doing Axillary Dissection

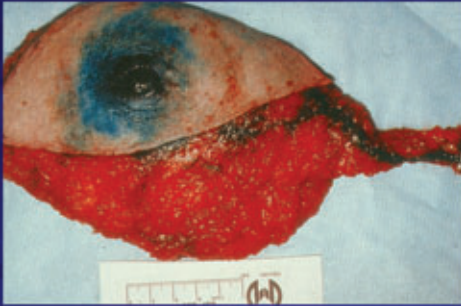
30

How Its Done

- Nuclear agent injected around tumor site
- Blue dye injected around tumor also
- Sentinel node visualized, isolated and removed

31

Paget Disease Case



32

The Common Theme

- Sentinel node biopsy is feasible and highly sensitive despite method of injection, prior breast surgery, prior chemotherapy, etc.
- The sentinel node is probably one, or one of several, dominant lymph nodes draining most of the breast
- Survival and recurrence data are really all that's remaining to answer

33

The Impact on Plastic Surgery

Sentinel node biopsy has led to a technical change in autologous breast reconstruction: increased use of the internal mammary vessels for free flap reconstruction*; careful consideration of the latissimus flap reconstruction

* - Kronowitz S et al. *The Impact of Sentinel Node Biopsy on the Evolution of autologous Breast Reconstruction*. Amer Assoc Plast Surg, 83rd Annual Meeting, Chicago, May 9 - 12, 2004.

34

Reoperative SLNB for ipsilateral recurrence

- A previously operated axilla was once considered to be a relative contraindication for SLNB in reoperative setting
- SLNB is feasible for ipsilateral recurrence after previous SLNB
- Future question: how about breast conserving and some type of reconstruction ?

35

Breast Cancer and Radiation

- Breast conservation radiation
- Postmastectomy radiation

36

Targeted Radiation or Partial Breast Irradiation

- Catheter based brachytherapy
- 3D Conformal external beam radiation therapy
- MammoSite Balloon Device
- Intraoperative Radiation therapy (IORT)

37

Theories Behind PBI

- Veronesi, Univ of Milan, Baum, Univ College of London
- Argument made that 90% of in-breast recurrences occur at site of primary tumor
- Whole breast radiation still encompasses all the tissue which used to involve a radical mastectomy
- Is this necessary?

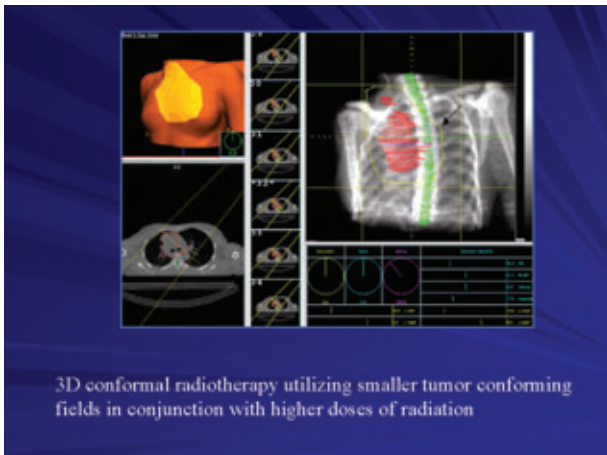
38



Brachytherapy



39



40



41

Plastic Surgery Issues

- Wound problems after more intensive localized radiation
- Breast shape issues post-treatment

42



43

Postmastectomy Radiation

- Done for any tumor > 5cm or more than 4+ nodes
- Other indications include lymphovascular invasion, extracapsular nodal disease, fewer positive nodes, close margin status, etc.
- Reconstruction issues more complicated

44

- Radiation and implants
- Radiation and tissue expansion
- Immediate vs delayed reconstruction

45



46



47



48

Skin Sparing Mastectomy after Whole Breast Radiation

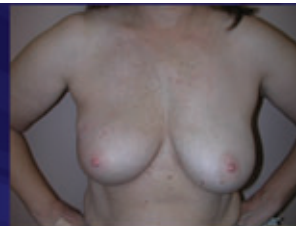
- Study from Sloan-Kettering Cancer Center
- 11 patients who recurred after breast conservation
- All had skin-sparing mastectomies and immediate autologous reconstruction
- 82% had good or excellent result. Only 1 had small amount of mastectomy skin necrosis
- At 48 months, one patient dead due to progression of disease, all others free of disease
- Conclusion: Skin-sparing mastectomy after irradiation OK if only mark of radiation is the tattoo

49



50

Latissimus Flap With Implant



Patient still needs left mastopexy



51

New in Medical Management of Breast Cancer

- Endocrine therapy becoming more involved
- Understand difference between SERM's, aromatase inhibitors, GnTRH inhibitors and pure estrogen antagonists
- Understand the difference between steroidal versus non-steroidal aromatase inhibitors

52

Adjuvant Chemotherapy and Immediate Breast Reconstruction

- No increase in wound complication rate
- No oncologic adversity
- Immediate breast reconstruction seem not to delay the start of adjuvant chemotx
- T2 and T3 lesions
- HOWEVER, be reasonable with the patient who has advanced disease and is facing very complicated oncologic therapies

53

Surgery for "Inoperable" Breast Cancer

- Criteria of inoperability-disease is considered systemic when inflammatory or locally advanced
- Chemotherapy has the potential to convert inoperable cancer into operable disease
- Palliative ablative/reconstructive surgery for wound closure
- Wound care – comfort care

54

Emerging Reconstructive Techniques

- Autologous fat transfer
- Stem cells
- Tissue engineering

55

Advanced Breast Cancer



56

Wound & Comfort Care...



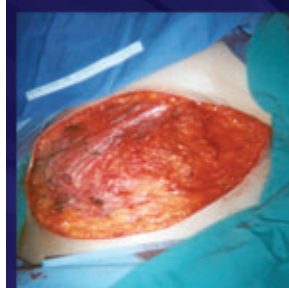
57

Malignant Cystosarcoma Phylloides



58

Defect after breast removal



Closure of defect with
Latissimus Flap



59

Follow-Up of the Reconstructed Breast

- Long term surgical follow-up a MUST
- Cannot trust evaluation of these tissues to the medical oncologist
- Consider one-view mammography for implant reconstruction and standard screening for flaps
- Utilize US, MRI and needle biopsy as necessary

60

Thank You



61

TREATMENT OF RECTAL CANCER: LYMPHADENECTOMY

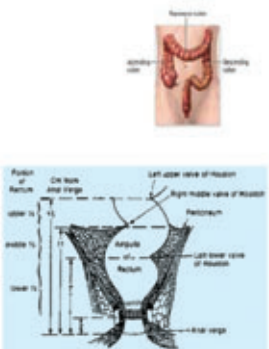
*Hari S Shukla,
Professor Surgical Oncology*

Banaras Hindu University,
Varanasi, India

1

Rectum

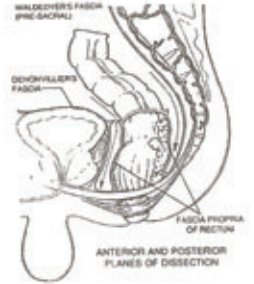
- Tenia coli spread out at junction of rectum with sigmoid colon
- Lower rectum: 3-6 cm from anal verge
- Mid rectum: 6-10 cm from anal verge
- Upper rectum 10-15 cm from anal verge
- Upper 1/3rd covered by peritoneum anteriorly and laterally



2

Mesorectum

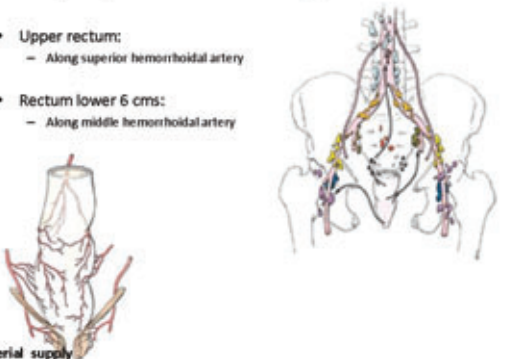
- The mesorectum contains the lymphatics, lymph nodes and blood supply of rectum
- Mesorectum is limited by the mesorectal fascia and ends at the pelvic floor



3

Lymphatic drainage of rectum

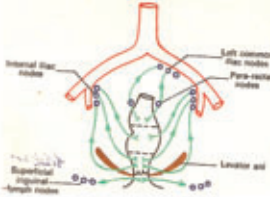
- Upper rectum:
 - Along superior hemorrhoidal artery
- Rectum lower 6 cms:
 - Along middle hemorrhoidal artery



4

Pelvic wall lymph nodes (10-25%)

- Outside the mesorectal drainage area along the internal iliac and medial aspect of the external iliac artery
- Positive pelvic wall LN indicates poor prognosis
- Removing such LN does not give therapeutic advantage



Takashashi T, 2000; Sato J, 2006

5

Evaluation of rectal LN

- Physical examination
 - DRE:
 - Distance from anal verge/ dentate line
 - Involvement of anal sphincter
 - Circumference
 - Clinical fixation
 - Sphincter tone
- Imaging:
 - CT
 - MRI
 - Endorectal coil
 - Endorectal ultrasound

(Imaging, endoscopies have not replaced DRE)

6

| Computed Tomography (CT) | MRI |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Conventional CT: T stage: <ul style="list-style-type: none"> - Accurate staging 80% - Over staging of T2 in 18% - Under staging of T3 in 21% • Conventional CT: N stage <ul style="list-style-type: none"> - Accuracy 80% - LN 1cm or more | <ul style="list-style-type: none"> • Thin section MRI gives better: <ul style="list-style-type: none"> - visualization of rectal wall layers - visualizes mesorectal fascia and helps predict distance of surgical resection margin of TME • (Irregular border of LN and mixed signal intensity improves sensitivity and specificity) • Endorectal coil MRI has similar accuracy to Endorectal ultrasound |

7

MRI

MRI vs. T stage surgical staging after TME

- MRI stage T2- 22 patients
 - Surgical stage:
 - T1- 03 patients
 - T2- 13 patients
 - T3- 06 patients
- (Brown G 2003)

MRI vs. LN staging after TME

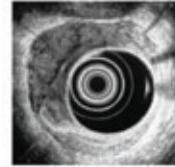
- MRI 57 negative
 - 7 pN positive
 - 50 pN negative
 - MRI 33 positive LN
 - Surgical:
 - 25 pN positive
 - 8 pN negative
- (Brown G 2003)

8

Endorectal ultrasound (EUS)

- Most efficient pre-op staging technique for T&N stage
- Accuracy for T Stage: 75-95%
- Over staging in 10% T2 disease
- Accuracy for N stage 62-83%
- Under staging due to small, microscopic and beyond the range
- Over staging due to inflammatory response
- Not good for assessment of tumor regression following neoadjuvant therapy

- EUS 5 interface layers of rectal wall:
 - 1. Mucosa
 - 2. Muscularis mucosa
 - 3. Submucosa
 - 4. Muscularis propria
 - 5. Perirectal fat



9

Management of cancer rectum LN depends on stage

AJCC- TNM staging

- **T-** penetration of primary tumor through the layers of rectal wall
- **N-** absence or presence of cancer cells in lymph nodes located in regional drainage basin- mesorectum
- **M-** presence or absence of distant metastasis



10

Staging of cancer rectum

- T0 No evidence of primary tumor
- Tis Carcinoma-in-situ, intraepithelial or invasion of lamina propria
- T1 Tumor invades submucosa
- T2 Tumor invades muscularis propria
- T3 Tumor invades through muscularis propria
- T4 Tumor invades other organs
- N0 No regional lymph node metastasis
- N1 Metastases in 1-3 regional LN
- N2 Metastasis in 4 or more regional LN
- M0 No distant metastasis
- M1 Distant metastasis

- Stage grouping
- Stage 0: Tis N0 M0
- Stage I: T1, T2 N0 M0
- Stage IIA: T3 N0 M0
- Stage IIB: T4 N0 M0
- Stage IIIA: T1, T2 N1 M0
- Stage IIIB: T3, T4 N1 M0
- Stage IIIC: Any T N2 M0
- Stage IV: Any T Any N M1

11

Lymphadenectomy in rectal cancer

- LN of rectum situated in the mesorectum are the central pivot in treatment
- Re evaluation of the LN
 - Surgical techniques
 - Pathological assessment
 - Use of radiation therapy

12

TME

- **Surgical technique**
 - Enblock removal of rectum and mesorectum (TME) provides the best chance of recovering any positive LN
 - Sharp dissection in the avascular plane beyond the peri-rectal fat
 - Dissection below anterior peritoneal reflection must stay anterior to visceral fascia covering the anterior mesorectum



It is controversial whether the entire mesorectum must be excised for all rectal cancers or whether the mesorectum can be sharply divided 4-5 cms below the distal edge of tumor.

13

Total Mesorectal Excision (TME)

Stimuli for TME:

1. High incidence of local recurrence after resection of rectal cancer
2. Although a 2 cm distal mucosal margin is adequate, local control of rectal cancers requires:
 - removal of the mesorectum and lateral pararectal tissue.
3. No benefit in survival or local disease control with a more extended lymphadenectomy: (iliac/periaortic nodes/pelvic sidewall) and the complication rates are higher with these more extensive procedures

TME:

1. Provide an adequate lymphadenectomy with resection of rectal cancer.
2. Optimizes the tumor removal by removing draining lymph nodes and maximizing lateral resection margins

14

TME

- Most involved LN in rectal cancer are found in the mesorectum:

- T1 5-7%
- T2 20%
- T3 65%
- T4 78%

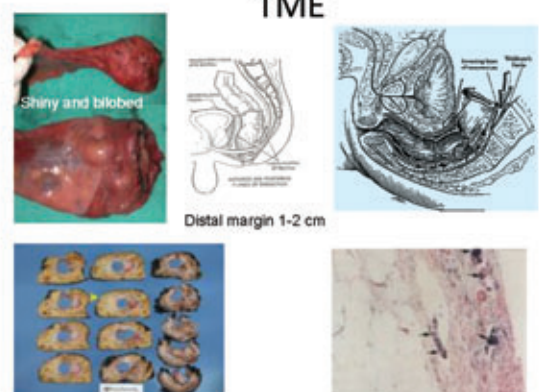
(Sitzler P et al. Dis Colon Rectum 1997;40(12):1472)

TME- Sharp dissection occurring in avascular plane beyond perirectal fat where most of the LN are located



15

TME



Shiny and bilobed

Distal margin 1-2 cm

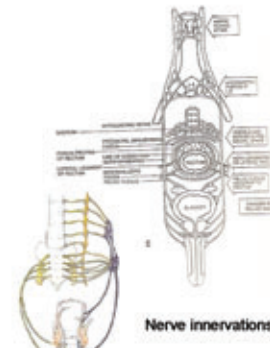
16

Complications of TME

- Impairment of erectile function
- Impairment of bladder function
- (Due to disruption of parasympathetic nerves in the vicinity)
- Increases incidence of anastomotic leaks because of devascularization of the rectal stump.
- Leak rates of 11-16% compared to 6-9% after non-TME resection.

Prevention:

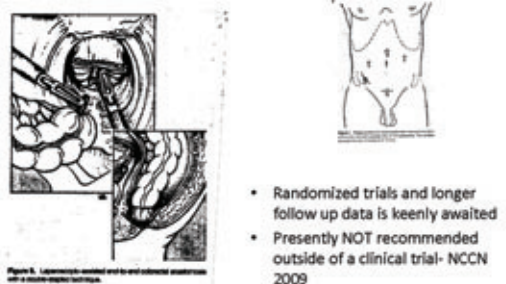
- Careful visualization of anatomy
- Sharp dissection
- Experience



Nerve innervations

17

Laparoscopic TME



- Randomized trials and longer follow up data is keenly awaited
- Presently NOT recommended outside of a clinical trial- NCCN 2009

18

Laparoscopic TME 100 cases


- Prospective study of 100 consecutive Lap. TME
- 30 day mortality 2%
- Median f/u 45.7 months
 - 18.5% died of cancer
 - 8.5% alive with metastatic disease
 - Port site metastatic rate 1.4%
- Distal distance from anal verge 3-12 cm (6.1)
- Conversion rate 12%
- Mean PO Hospital stay 12 days
- Morbidity 36%/ 17% leaks

Morino M et al Ann Surg 2003;237(3):335-42

19

TME vs. Extended lymphadenectomy: meta analysis

- 20 studies
- 2577 EL
- 2529 nonEL
- Operating time:
 - 76.7 min more EL P< 0.0096
- Intraoperative blood loss
 - 336.5ml more. EL P< 0.0001
- Perioperative mortality
 - P< 0.63
- Perioperative morbidity
 - P< 0.13
- Male sexual and urinary dysfunction
 - p <0.002 EL
- 5 year survival
 - P< 0.62
- Disease free survival
 - P< 0.41
- Local recurrence
 - P< 0.56
- Distant recurrence
 - P <0.60




20

Pathological Lymph Node Evaluation after TME

- TME specimen is left intact
- Specimen is fixed for 48 hrs
- Entire specimen is bread- loafed in to thin coronal slices
- Majority of patients with tumor cells with in 1 mm develop LR
- Such cells come from Tumor, Mesorectal LN, from vascular or lymphatic emboli

(Smith et al CCO 2008; P12, Quirke ae al Int J Colorectal Dis 1988;3:127-131)

(Quirke ae al Int J Colorectal Dis 1988;3:127-131)



21

Pathological Lymph Node Evaluation

NCCN 2009:

- Minimum 12 LN to identify stage II cancers to avoid understaging
- Studies also quote >7, >9, >13, >20, >30 as min. no. of LN
- Mean no. of LN retrieved after neoadjuvant therapy is significantly less than those by surgery alone (13 vs. 19, 7 vs. 10). Till date the exact no. of LN in this category is unknown
- Number of lymph node counted is marker for good quality surgery
- Surgeon and Pathologist working together achieve goal of LN assessment

22

Local Failure after TME

| Study | Local-regional failure |
|----------------|------------------------|
| Enker WE, 1995 | 7.3% (at 5 years) |
| Tocchi A, 2001 | 9% (at 5 years) |
| Heald HJ, 1988 | 3% (at 5 years) |
| Arbman G, 1996 | 6.3% (at 1 year) |

TME performed by experienced surgeons drastically reduces local regional recurrences to <10%

23

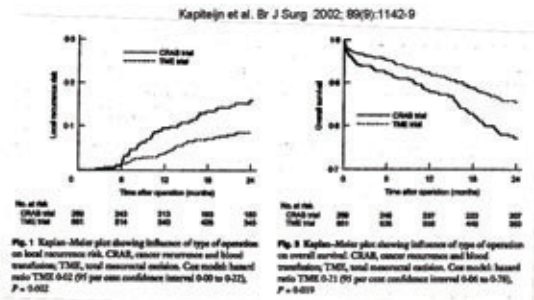
Local Failure: Surgery Alone

| Author (ref) | Reoperative (n/total) | First Follow-Up (n/total) | Local Recurrence (n/total) | First Follow-Up (n/total) | Local Recurrence (n/total) |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Gardner et al. (ref 30) | 45/109 | 115/111 | 95/78 | 6/6 | 15/5 |
| Rick et al. (ref 52) | 35/36 | 215/209 | 145/90 | 475/36 | 145/128 |
| Minsky et al. (ref 136) | 305/15 | 115/9 | 375/55 | 715/17 | 225/40 |
| Morling et al. (ref 53) | 305/14 | 185/11 | 475/36 | 475/17 | 475/30 |
| Mendenhall et al. (ref 12) | 475/34 | 215/32 | 475/17 | 475/17 | 475/30 |
| Filipides et al. (ref 115) | 475/34 | 215/32 | 475/17 | 475/17 | 475/30 |
| Berendes et al. (ref 112) | 475/34 | 215/32 | 475/17 | 475/17 | 475/30 |
| Total | 645/75 | 305/142 | 175/108 | 375/251 | 405/260 |

Local failure rates ~ 25-50% in patients with T3-4/ N+ disease
 Relevance of these older studies is questionable with advent of TME

24

Local Failure & Survival after TME



TME decreased local recurrence from 16% to 9% (p=0.002)

TME associated with improved survival (p=0.019)

25

Combined Modality Therapy

- NCCN (2009) recommends preoperative 5FU/RT for N+ and T4 disease
- High failure rates with surgery alone in T3/T4 and/or N+ disease

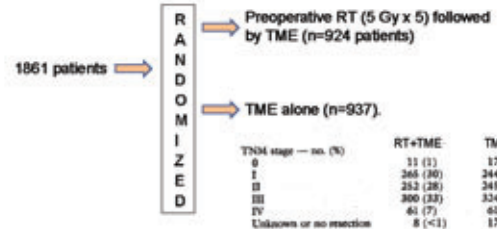
- Advantages:**
- Decreased local failure rates
 - Increase chance of sphincter preservation
 - No significant increase in subsequent surgery related morbidity or mortality
- Disadvantages**
- LN status? following neoadjuvant therapy

26

Dutch TME Trial

Kapiteijn E, et al; Dutch Colorectal Cancer Group. Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer. N Engl J Med 2001; 345(9): 638-46.

Multicenter randomized trial of to determine whether the addition of preoperative RT improves survival after TME



27

26

Results of Dutch TME Trial: TME + Preoperative Radiotherapy (n=873) vs. TME (n=875)

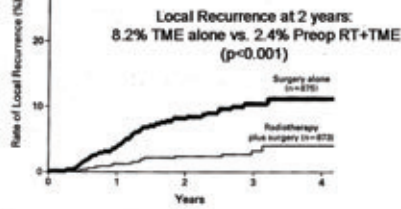


Figure 2. Rates of Local Recurrence in the Population of 1748 Eligible Patients Who Underwent Mesorectally Complete Local Resection, According to Treatment Group.

28

Results of Dutch TME Trial: Overall Survival

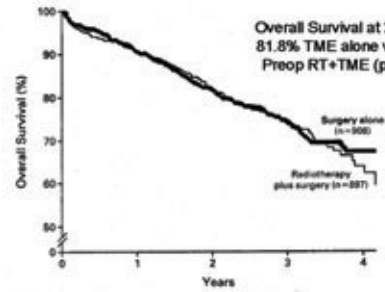


Figure 1. Rates of Overall Survival in the Population of 1805 Eligible Patients, According to Treatment Group.

Surgical quality was questioned

29

28

Radiotherapy Preop/ Post-op with/ or without Chemotherapy + Surgery

| Author (ref) | No. of Patients | Local Recurrence | Overall Survival | Recurrence-Free Survival | Median (P, %) |
|----------------|-----------------|------------------|------------------|--------------------------|---------------|
| 1998 (ref 136) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 137) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 138) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 139) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 140) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 141) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 142) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 143) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 144) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 145) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 146) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 147) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 148) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 149) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 150) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 151) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 152) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 153) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 154) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 155) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 156) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 157) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 158) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 159) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 160) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 161) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 162) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 163) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 164) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 165) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 166) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 167) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 168) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 169) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 170) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 171) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 172) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 173) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 174) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 175) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 176) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 177) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 178) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 179) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 180) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 181) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 182) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 183) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 184) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 185) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 186) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 187) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 188) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 189) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 190) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 191) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 192) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 193) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 194) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 195) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 196) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 197) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 198) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 199) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2001 (ref 200) | 104 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Copyright © 2001 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins

30

Combined Modality Therapy in rectal cancer

- Radiation lowers risk of LR by 50%
- Optimal use of pre-operative assessment and surgery limit the role of radiotherapy
- If local recurrence risks are low- radiation will not improve long term survival (Peters KC et al. J Clin Oncology 2005; 23:6199-6206)
- Variations:**
 - North America: CT/ RT for all Stage II and III rectal cancer (Wong et al CCO; 2008:P-6)
 - Europe: Short 1 week radiation for all patients (Peters KC et al. Ann Surg 2007; 246:693-701, Swedish Rectal Cancer Trial NEJM 1997;336:980-987)

31

RECTUS ABDOMINIS MYO-CUTANEOUS FLAP REPAIR OF PERINEAL WOUND AFTER APR


*Hari S. Shukla,
Professor Surgical Oncology,*

Banaras Hindu University,
Varanasi, India

1

● ● ● Perineal wound breakdown 30-35%


- APR and Pelvic Exenteration leave an extensive wound
- Secondary healing is time taking
- Adjuvant treatment is delayed
- Morbidity is increased
- Cost of treatment is increased
- Precious hospital time is consumed



2

● ● ● Perineal wound


- Primary closure
- Partial closure
- Left to heal by granulation tissue



Perineal wound break down 30%

3

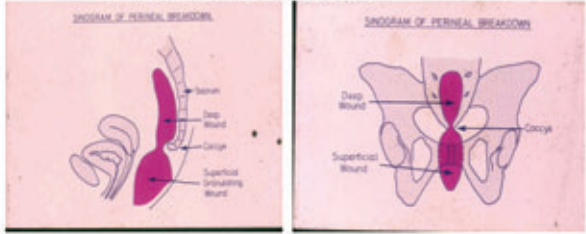
● ● ● Locally advanced cancer anal canal, CT/RT/APR



4


● ● ● Break-down of perineal wound- deep cavity

- Lateral and front view



5

● ● ● Healing by granulation: Silastic elastomer wound dressing can be done at home



6

● ● ● Silastic wound cast



- Contraction of cavity
- Cast becomes bigger
- Recast every 7-10 days
- Cost
- Morbidity

7

Rectus abdominis myo-cutaneous flap

- RAMF has type III arterial anatomy: two vascular pedicles, each arising from a separate regional artery
- Each pedicle is capable of sustaining the entire muscle and overlying skin supplied by musculo-cutaneous perforators



8

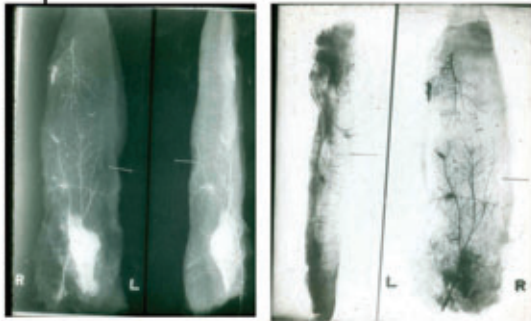
RAMF anatomy of vascular supply

- Number of anastomoses between superior and inferior epigastric arteries vary in extent (Millroy et al 1960)



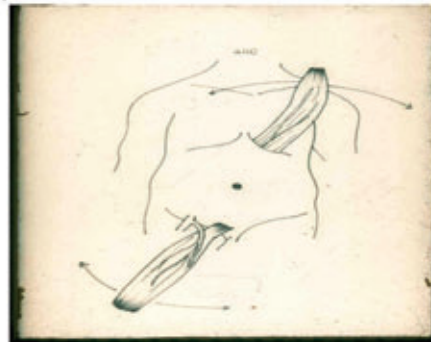
9

Cadaver RAMF arteriogram (Shukla HS, Tewari M, Sharma OP. un-published data))



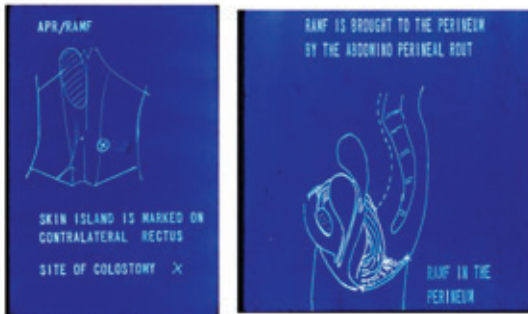
10

Superior and inferior reach of RAMF



11

RAMF brought to perineum via pelvic cavity



12

Cancer anal canal post ct/rt residual disease



13

Epigastric vertical skin flap on rectus muscle



14

RAMF raised



15

RAMF brought to perineum

16

Sequence of the operative procedure

17

RAMF for perineum in 3 patients (maiden publication)

The rectus abdominis flap for perineal wounds. *Ann R Coll Surg Engl.* 1984 Sep;66(5):337-9.
Shukla HS, Hughes LE.

18

The technique accepted very quickly by experts

- o 1984: Original Shukla and Hughes 3 cases
- o 1988: 1
- o 1989: 1
- o 1992: 1
- o 1993: 1
- o 1999: 1
- o 2002: 2
- o 2003: 1
- o 2004: 1
- o 2005: 5
- o 2006: 1
- o 2007: 1
- o 2008: 3

300 cases reported
New route
New indications

36 publications

19

Shape of skin island gives 'name' to the flap

- o Skin Design:
 - Vertical- VRAMF
 - Transverse- TRAMF
 - Oblique- ORAMF
 - Flag flap
- o Route to pelvis:
 - Drop intra-abdominal to pelvis
 - Pre-pelvic tunnel (1 report)

20

Comparison of perineal wound healing with VRAMF after APR and APR with primary closure following chemo-radiation both without skin loss (Butler et al (2008) J Am Coll Surg 206(4): 694-703)

| | CT/RT+APR+VRAMF closure 35 | CT/RT+APR+ closure 76 |
|-------------------------------------|----------------------------|-----------------------|
| Perineal abscess | 9% | 37% (p<0.002) |
| Major perineal wound dehiscence | 9% | 30% (p<0.014) |
| Drainage of pelvic fluid collection | 3% | 25% (p<0.003) |

Conclusion: Strong consideration should be given to immediate VRAM flap reconstruction after chemo-radiation and APR

21

Comparison of perineal wound healing with VRAMF after APR and APR with primary closure following chemo-radiation both without skin loss (Butler et al (2008) J Am Coll Surg 206(4): 694-703)

35 CT/RT+APR+VRAMF Vs 76 APR+Closure

- o Donor site complications showed no difference

22

Comparison of perineal wound healing with VRAMF after APR and APR+Closure following chemo-radiation (both without skin loss)

| | 19:CT+RT+APR+VRAMF | 59:APR+ Closure |
|------------------------------|--------------------|-------------------|
| Perineal wound complications | 3(15.8%) | 26 (44.1%) p<0.03 |
| Other complications | 42.1% | 42.4% p<0.8 ns |

Conclusion: Perineal closure with RAMF significantly decreases incidence of perineal Wound complications in patients undergoing external beam irradiation
 Chessin DB, Hartley J, Cohan AM et al *Ann Surg Oncol.* 2005, 12(2): 104-10

23

Complications (241 RAMF)

- o Flap loss complete: 2
- o Partial flap loss: 3
- o Epidermal necrosis: 7
- o Delayed wound break down: 1
- o Pelvic abscess: 6
- o Doner site complications:
 - Abdominal wound dehiscence: 2
 - Abdominal wound infection: 2
 - Hernia: 4
- o General morbidity: 14%
- o Hospital stay: 10-54 days

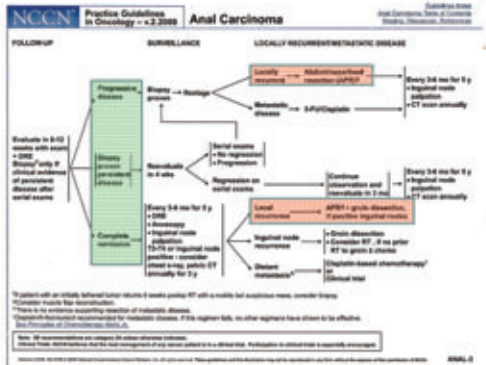
24

'Mile-stone' paper Surg Oncol Clinics of North America 2005

Shukla HS and Hughes LE
The rectus abdominis flap for perineal wounds.
Ann R Coll Surg Engl.
1984 Sep;66(5):337-9.

Chessin DB, Guillem JG.
Abdominoperineal resection for rectal cancer: historic perspective and current issues.
Surg Oncol Clin N Am.
2005 Jul;14(3):569-86, vii.
Review

25



It has been shown that for patients undergoing an APR which had been preceded by RT, closure of the perineal wound using RAMF reconstruction resulted in decreased perineal wound complications Chessin DB, et al (2005)

26

Indications for RAMF for perineum

- o APR perineal skin deficient
- o APR after irradiation
- o Complex pelvic excision
- o Extended APR
- o Pelvic exenteration
- o Perineal & inguinal cover
- o Severe peri-anal crohn's
- o Vaginoplasty after excision of urologic cancer
- o Complex vaginal fistula
- o High pelvic defects

27

RAMF for Crohn's disease perineum

- o Extensive fistulizing perineum, fecal incontinence
- o 5 patients: 5 RAMF +2 Gracilis
- o Complete healing in 100%
- o Follow up 12-43 months (19.6 Mean)
- o One recurrence of Crohn's in thigh

Conclusion: RAMF is promising therapeutic option in patient with chronic Perineal disease

Schaden D, Schauer G, Haas F, Berger A
Int J Colorectal Dis. 2007; 22(12):1453-7

28

RAMF repair of perineum at BHU (1984-2009 Oct.)

- o Repair perineum: 15
- o Also utilized for:
 - o Groin cover: 3
 - o Reconstruction of penis: 2
- o (Un-published data, not used for this presentation except photos)

28

Conclusion

- o Perineal wound healing is assisted by RAMF
- o Additional morbidity is not produced
- o Scar of RAMF is incorporated in the operative procedure of APR

30

Perineal hernia



31

SURGICAL ASPECT OF THYROID CANCER

Muchlis Ramli
Department of Surgery -Division Surgical Oncology
University of Indonesia-Jakarta

UNIVERSITY OF INDONESIA AND CIPTO MANGUNKUSUMO HOSPITAL





The Oldest University Fac of Medicine in Indonesia A part of academic hospital where Dept of Surgery placed

HISTORY

- The role of surgery in treatment of thyroid disease ; 952 AD. Al Buccasis a Moorish Surgeon → the first thyroidectomy.
- introduce : Cat gut & Cotton Suture
- Theodore Kocher (1909) (1841-1917)
Nobel prize = for this work fisiology,Pathology and surgery of thyroid
- Mortality : decreased since 50%-0.2%
- W.Halsted in John Hopkin's
- George Crile in Cleveland
- Charles Mayo in Rochester
→ development of thyroid surgery
- Future directions : → minimal invasive fendoscopic surgery ?



Theodor Kocher (1841-1917) "Father of the Thyroid Surgery"




Nobel Prize in Medicine
1909
for his work on the physiology, pathology and surgery of the thyroid gland"

CLINICAL ISSUES IN THYROID NODULE ? INDICATION FOR SURGERY


- Suspicious malignancy diagnostic and treatment
- To realize of the neck symptoms and disturbance
 - swallowing
 - breathing
- To controle of function disturbance, hyperthyroidis symptoms (failed with medicamentosa and RAJ)
- Cosmetic problem


EPIDEMIOLOGI



- Incidence of thyroid nodule : 4-6 % of population
Cancer 10 – 30 % of thyroid nodule
- US : 33.550 new cases of thyroid cancer/year 2007
mortality : 1530 died of thyroid cancer/year
- In Indonesia : thyroid cancer is ranked at the ninth of the ten top frequent cancer




NEOPLASM



1. Benign : adenoma ?follicular
2. Malignant : carcinoma :
 - Papillary carcinoma
 - Follicular carcinoma
 - Hurthle cell
 - Medullary carcinoma
 - Anaplastic carcinoma

Thyroid cancer could be classified as following (according UICC,AJC)




- I. Well Differentiated Carcinoma :
 - Papillary thyroid carcinoma
 - Follicular thyroid carcinoma
- II. Anaplastic Carcinoma
- III. Medullary Carcinoma

Each type has his own characteristic, and sub types

8

Papillary Carcinoma of the Thyroid




- Differentiated thyroid cancer
- Slow growing
- Peak of age is < 40 years old
- Great part of thyroid cancer (45-59%) → 90%
- Metastase via lymphatic pathway (lymphogenic) with propensity for mid and lower anterior cervical chain (LV)
- 20-50% of cases have involvement of cervical LN
- Multicentricity- Bilaterality (30-50%)

Subtype of papillary carcinoma (variant)

- Follicular variant
- Sclerosing
- Tall cell
- Columnar
- Hurthle cell

9


Follicular Carcinoma of the Thyroid



- Differentiated thyroid carcinoma
- 14-25% of thyroid cancer
- Peak of age > 40 years old, but can be found in all of age
- Most of them unilateral, un common to have multicentricity
- Metastase via hematogenous
- Diagnosis depend on demonstrated of vascular or capsular invasion
- Classified as minimally or widely invasion vascular invasion tends to have more aggressive course than capsular invasion

10

Anaplastic carcinoma of the thyroid



- The presence of any element of anaplasia within a well differentiated carcinoma or anaplastic features → poor prognosis (1 years SR ± 10%)
- Most of the patients present with advanced stage
- Metastase via lymphogenic or hematogenic and direct extension.
- Median survival 4-6 MO
- Pts > 60 y.o with rapidly expanding neck mass
- Local invasion very common at time of DX (FNA)
- Surgery plays a limited role (diagns, tracheostomy ; incidentally op)
- Radiation Th!

11

Medullary carcinoma of the Thyroid

- Most of patient in 50-60 years old
- ± 5% of all thyroid cancer
- Could be (a) familial & heredity with or without associate with MEN II syndrome 20%,
(b) sporadic ? 80%
- Calcitonin → as a marker 65%
- Metastase via lymphogenic
- Prognosis is worst than DTC
- Treatment : Total thyroidectomy with bilateral central neck dissection (LV)
- Originates from the para follicular C cells

12

TNM Classification

| Cancer Type | Patient under 45 years of age | Patient 45 years of age and older |
|---------------------------------|--|---|
| Papillary and Follicular | | |
| Stage I | Any T, Any N, M0 | T1, N0, M0 |
| Stage II | Any T, Any N, M1 | T2-4, N0, M0 |
| Stage III | None | T2, N0, M0; T1, N1a, M0; T2, N1a, M0 |
| Stage IVA | None | T3, N1a, M0 |
| Stage IVB | None | T4a, N0, M0; T4a, N1a, M0; T1, N1b, M0; T2, N1b, M0 |
| Stage IVC | None | T4b, Any N1b, M0 |
| Medullary | | |
| Stage I | T1, N0, M0 | |
| Stage II | T2, N0, M0 | |
| Stage III | T2, N0, M0; T1, N1a, M0; T2, N1a, M0 | |
| Stage IVA | T4a, N0, M0; T4a, N1a, M0; T1, N1b, M0 | |
| Stage IVB | T2, N1b, M0; T3, N1b, M0; T4a, N1b, M0 | |
| Stage IVC | T4b, any N, M0 | |
| | Any T, any N, M0 | |


13

TNM Classification

| Cancer Type | Patient under 45 years of age | Patient 45 years of age and older |
|-------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| Anaplastic | | |
| Stage IVA | T4b, any N, M0 | |
| Stage IVB | T4b, any N, M0 | |
| Stage IVC | Any T, any N, M1 | |

14

Definition



Primary Tumor (T)

- Tx : Primary tumor cannot be assessed
- T0 : No evidence of primary tumor
- T1 : Tumor ≤ 2 cm, confined to the thyroid
- T2 : Tumor >2 and < 4 cm, confined to the thyroid
- T3 : Tumor > 4 cm, confined to the thyroid
- T4a : Tumor of any size extending beyond the thyroid capsul invade subcutaneous soft tissue, larynx, trache, esophagus, or rec laryngeal nerve
- T4b : Tumor invades prevertebral fascia or encases carotid artery or mediastinal vessels

15




Regional Lymph Nodes (N) cervical and upper mediastinal

Nx : Regional lymph nodes cannot be assessed
 N0 : No regional lymph node metastasis
 N1 : Regional lymph node metastasis
 N1a metastasis to level VI (pretracheal, paratracheal and prelaryngeal/ Delphian lymph nodes)
 N1b metastasis in bilateral, midline, or contralateral cervical or superior mediastinal lymph nodes

Distant Metastases (M)

Mx : Presence of distant metastasis cannot be assessed
 M0 : No distant metastasis
 M1 : Distant metastasis

16




Management of Thyroid Nodule Diagnostic Procedures

- Physical examination
- Laboratory finding
- Ultrasonography
- Thyroid Scan (Tc-123)
- FNAB / Cytology
- Histopathology → gold standard

Optional : CT → retrosternal struma
 MRI
 PET SCAN


17



Management of Thyroid Nodule Diagnostic Procedure (cont 1)

- Clinical finding are important
- Suspicious malignant nodule if :
 - history of prior external irradiation head neck area
 - thyroid nodule has grown rapidly
 - local compression symptoms or infiltration :
 - disturbance of swallowing (dysphagia)
 - difficulty of breathing
 - difficulty of speaking (hoarseness)


18



Management of Thyroid Nodule Diagnostic Procedure (cont 2)

- nodule in man or in patient at extremity of age
- family history of thyroid malignancy (as medullary type)
- thyroid nodule with cervical lymphadenopathy or sign of distance metastase
- Cervical plain photo : → calcification of thyroid nodule (70% malignancy)
- The accuracy of clinical sign and symptoms is 80,9 % (study in Dr.Cipto Mangunkusumo)


19



Clues from Physical examination :

- irregularity or firm nodule
- fixed to underlying tissue
- focal cord palsy (hoarseness of voice)
- neck lymphadenopathy

20




Management of Thyroid Nodule Diagnostic Procedure (cont 3)

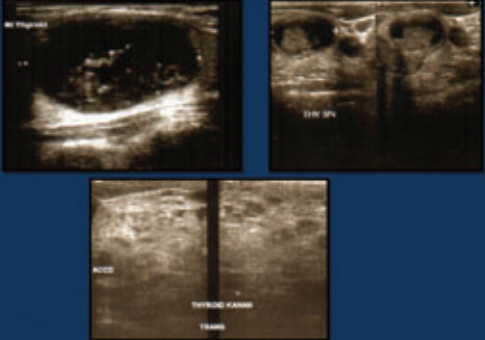
Suspicious malignant :

- poorly defined,irregular margins
- punctate/micro calcification
- central hypervascularity
- Ultrasonography
 - to differentiate solid or cystic nodule (hypoechoic vs normal thyroid tissue)


21



ULTRASOUND IMAGES



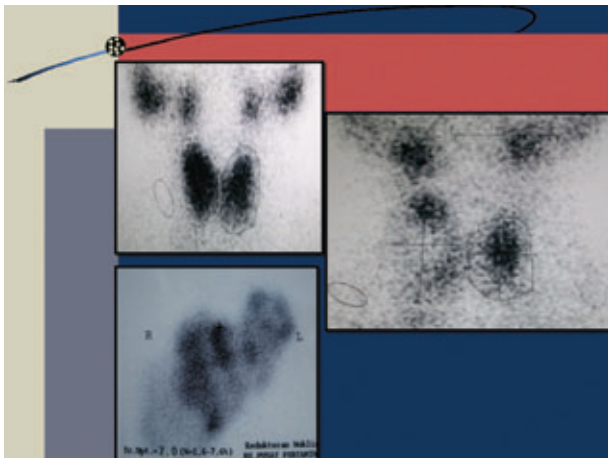
22



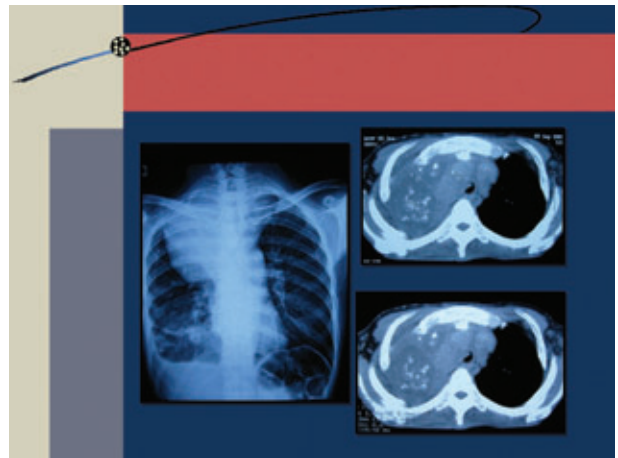
Thyroid Scan

- to differentiate :
- cold nodule, warm nodule, hot nodule
- soliter or multiple nodule
- 16 – 30 % cold nodule are malignant
- could be used to control after surgery (total thyroidectomy)
- maybe useful in hyperfunctioning adenoma

23



24



25

Management of Thyroid Nodule Diagnostic Procedure (cont 4)

- FNAB :
 - diagnostic accuracy 95 %
 - sensitivity 80 – 85 %
 - specificity 90 – 95 % for papillary type ca
 - false negatives 5 %
 - false positive 1 – 3 %
 - difficult to differentiate follicular adenoma, follicular carcinoma and benign follicular lesions
- Frozen section
 - accuracy 83 %
- Gold standard diagnostic : Histopathologic examination

26

Fine Needle Aspiration

27

Type of Surgery for thyroid cancer Operation for Carcinoma Thyroid

- Lobectomy/Isthmuloectomy
- Near Total Thyroidectomy
- Total Thyroidectomy
- Extension Thyroidectomy (tracheal resection, sternotomy)
- Neck Dissection (classic modified)
- Berry Picking
- Completion
- Debulking

28

Total Thyroidectomy

" If a skilled thyroid surgeon is not available, the patient should be referred to an appropriate surgeon rather than be given a subtotal thyroidectomy."

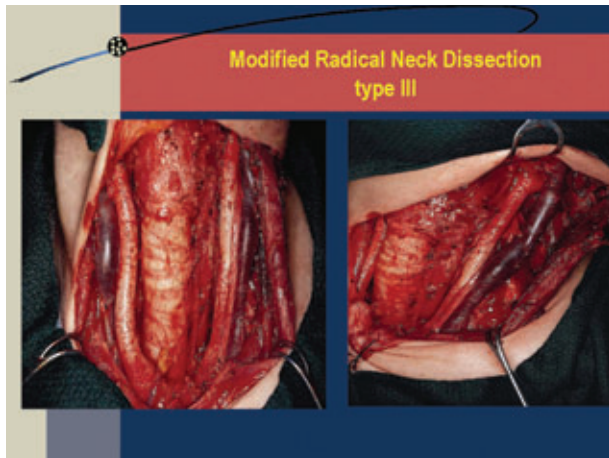
29

Total Thyroidectomy

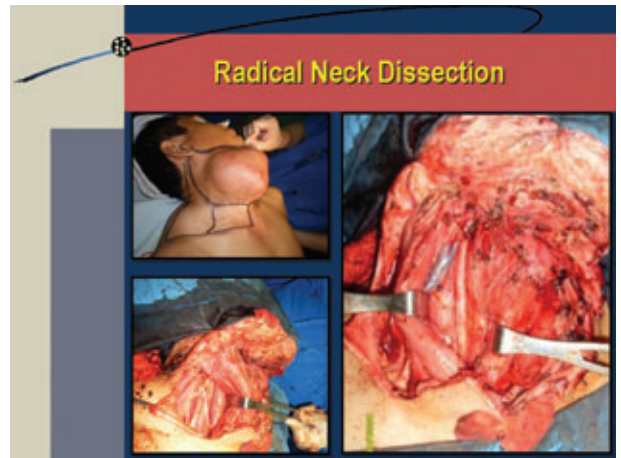
30

Isthmuloectomy

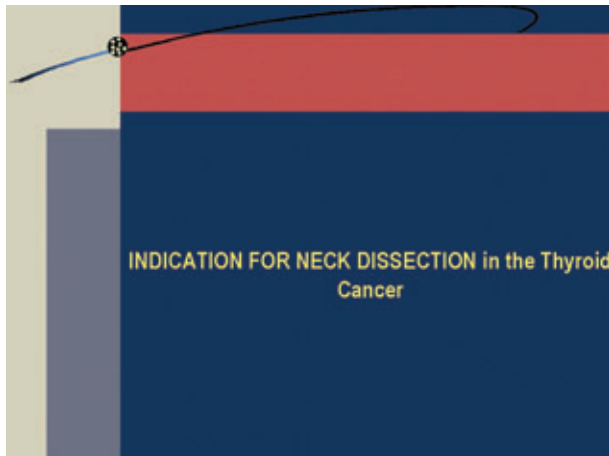
31



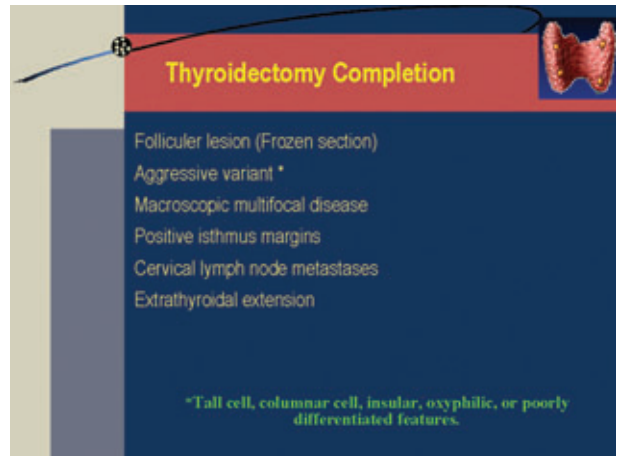
32



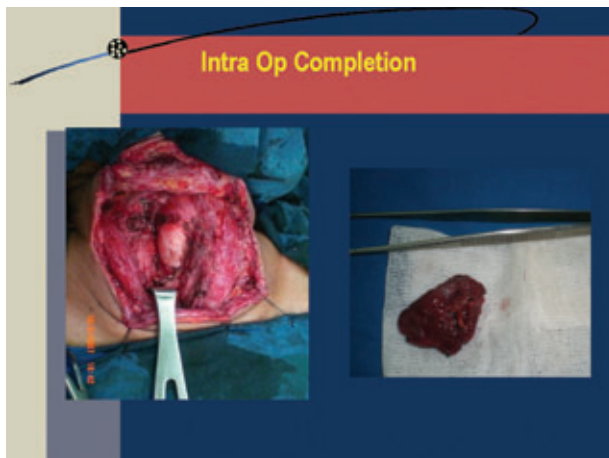
33



34



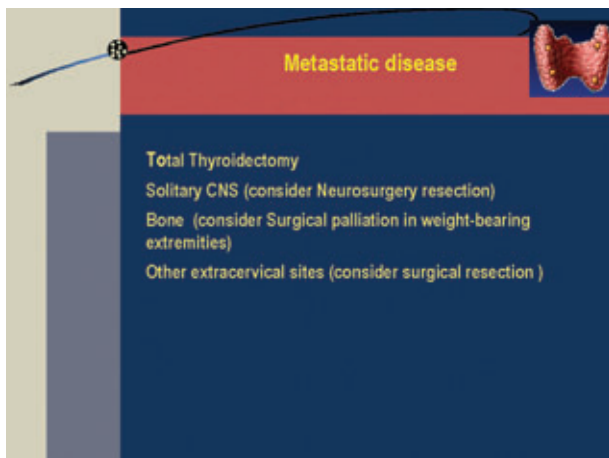
35



36



37



38



39

Complications of Thyroid Surgery

- Recurrent laryngeal nerve injury
- External superior laryngeal nerve injury
- Hypoparathyroidism
- Laryngeal edema
- Bleeding and hematoma
- Hypothyroidism
- Hyperthyroidism / Crisis
- Tracheomalacia
- Wound infection
- Keloid
- Suture granuloma

40

COMPLICATION

Complication for thyroid cancer 2000-2009 at Cipto Mangunkusumo Hospital

- Nerve injury 3%
- Hypocalcemi 2%
- Bleeding 0.5%

41

Post Thyroidectomy

42

PROGNOSTIC FACTOR

1. Age
2. Extra thyroidal extension
3. Metastases lesion
4. Tumor diameter
5. Histology and Grading

Another prognostic factor
↓
Biological Molecular Factor

43

Prognostic factors

| Mayo | Lahey | Mayo | Karolinska | MSKCC |
|-----------|------------|---------------------------|------------|------------|
| AGES | AMES | MACIS | DAMES | GAMES |
| Age | Age | Metastases | DNA | Grade |
| Grade | Metastases | Age | Age | Age |
| | | Completeness Of resection | Metastases | Metastases |
| Extension | Extension | Invasion | Extension | Extension |
| Size | Size | Size | Size | Size |

44

PROGNOSIS

?? Prognostic schemes:
AMES (Lahey Clinic, Burlington, MA)
GAMES (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, NY)
AGES (Mayo Clinic, Rochester, MN)

?? GAMES scoring (PAPILLARY & FOLLICULAR CANCER)
G Grade
A Age of patient when tumor discovered
M Metastases of the tumor (other than Neck LN)
E Extent of primary tumor
S Size of tumor (>5 cm)

The patient is then placed into a high or low risk category

45

PROGNOSTIC FACTOR (Con)

- AMES (Age, Metastasis, Extension, Size)
- AGES (Age, Grading, Extension, Size)
- MACIS (Metastasis, Age, Completeness resection, Size)

46

PROGNOSTIC FACTOR

| LOW RISK | HIGH RISK |
|-------------------------|----------------------------|
| - Age < 45 yo | - Age > 45 yo |
| - T < 4 cm | - Extrathyroidal extension |
| - Intrathyroidal | - T > 4cm |
| - No contralateral mass | - Follicular |
| - Metastases (-) | - Metastases (+) |

47

FUTURE DIRECTION

48

Minimal Invasive Thyroidectomy

Minimal Invasive Thyroidectomy Operation

↓

"Video Endoscopic Assisted Thyroidectomy" (VAT)(2005)

Indication

- Nodule < 3 cm
- No infection
- No operation before
- No radiation before
- Benign lesion

For malignant lesion or thyroid carcinoma still controversies and limited use

49

ENDOSCOPY THYROIDECTOMIES

Direct Cervical Approach
Extra Cervical Acces :

- Chest wall
- Breast
- Axillary

↓

Scarless in the neck

Cosmetic

50

Video-assisted Total Thyroidectomy





Fig. 1. Trocar (no 12 mm and no 5 mm) were inserted through a 30 mm skin incision in the axilla. One more 5 mm incision inserted near the axilla.

51


MIVAT



52

Inclusion MIVAT

- Size nodul 3-5 cm (8 cm vietnam)
- No prior operation
- Low risk
- No Thyroiditis
- No lymph node
- No prior radiation



53


Post Endoscopy Thyroidectomy



54

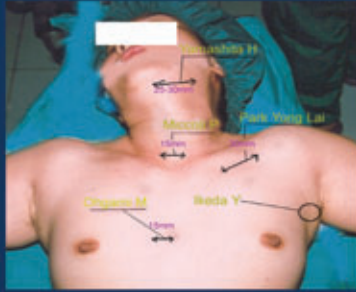
ENDOSCOPY THYROIDECTOMIES

Safe operation
Low risk malignancies
Minority patient



55

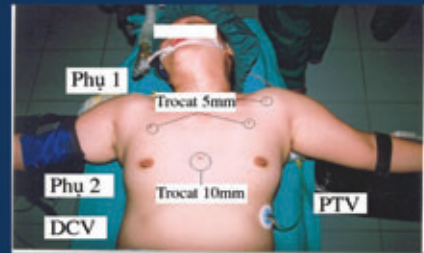
The approaches



56

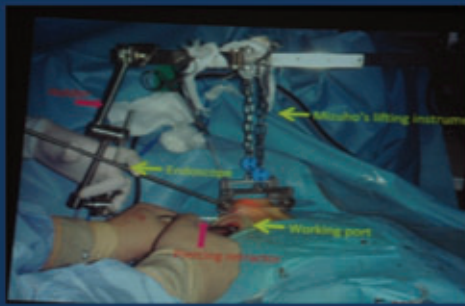
Technique

Breast approach dr Loung (Vietnam)



57

Skin Lifting



58

MIVAT Gasless



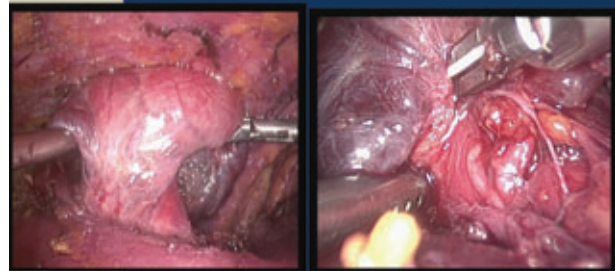
59

Making of working space
CO2 insufflation



60

Images



Right side

61

POST ENDOSCOPY TYROIDECTOMY



Near totalthyroidectomy(bilateral axillary approach)

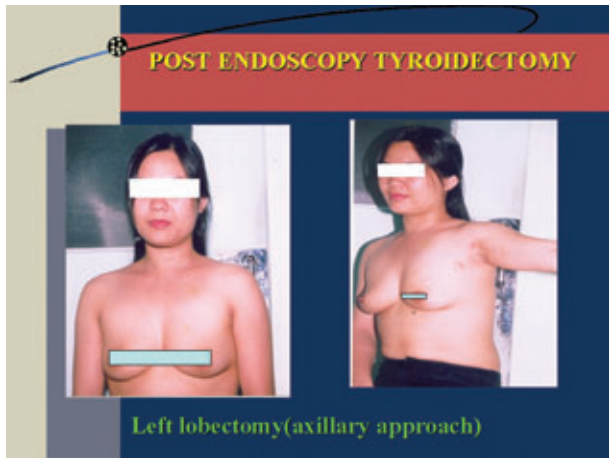
62

POST ENDOSCOPY TYROIDECTOMY

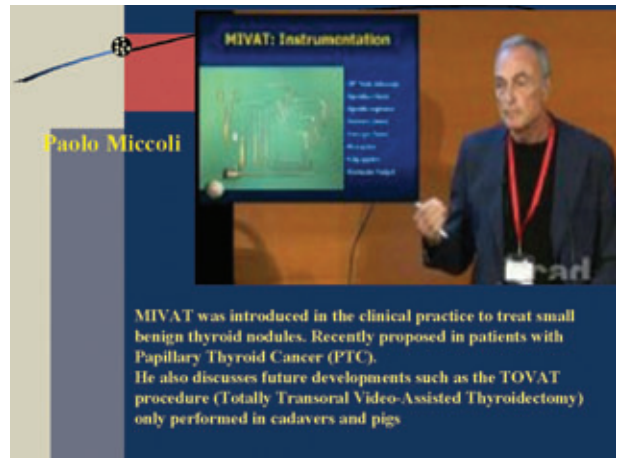


Total thyroidectomy(bilateral axillary approach)

63



64



65



66



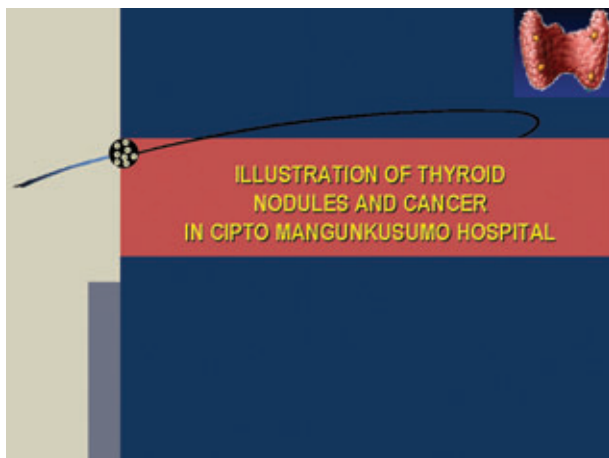
67



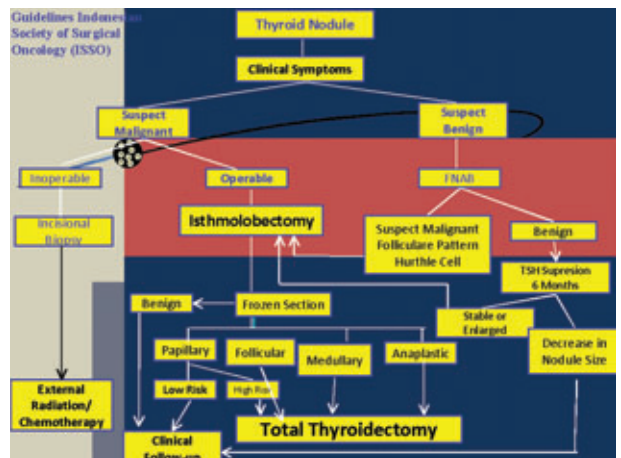
68



69



70



71

THYROID CANCER IN DR.CIPTO MANGUNKUSUMO HOSPITAL

- 1990-1999 : 262 Thyroid cancer (missing part of dates)
- 1990-1999 : 361 thyroid cancer among 962 thyroid nodules (37%)
- 1990-1999 : thyroid cancer among 832 thyroid nodule (24.1%)
- 1990-1999 : thyroid cancer among 842 thyroid nodule (23.9%)
- 1990-1999 : thyroid cancer among 324 thyroid nodule (33.9%)
- 1990-1999 : thyroid cancer among 681 thyroid nodule (29.2%)

It is a tendency increasing of thyroid cancer hospitalized in Dr.Cipto Mangunkusumo Hospital

It is estimated that the increasing of thyroid cancer due to :

- The development of diagnostic method
- Awareness of the patient for seeking health care

* Part of dates missing

72

The Incidence of thyroid among thyroid nodule in Indonesia (from several center in Indonesia)

| | |
|--------------------------|---------------|
| Jakarta (Ramlil.M) | 18.4% (1990) |
| Surabaya (Martatko) | 11.4% (1990) |
| Bandung (Lukitto) | 12.84% (1990) |
| Semarang (Tjahjono) | 8.4% (1990) |
| Denpasar (Manuaba.T) | 5.33% (1990) |
| Palembang (Burmansjah.S) | 30% (1990) |
| Makassar (Sampepajung.D) | 17% (1990) |

DI Indonesia the incidence of thyroid cancer among thyroidnodule is around 5,39%-30%

16,9% of solitary thyroid nodule are malignant

73

THYROID NODULE & THYROID CARCINOMA AT DR. CIPTO MANGUNKUSUMO HOSPITAL DEPT OF SURGERY

| | (1990-1999) | (2000-2009) |
|-------------------|-------------|-------------|
| Thyroid Nodule | 962 | - |
| Thyroid Carcinoma | 361 → 38% | 262 |

74

Distribution of Histologic Type

| | (Ca 1990-1999) | (Ca 2000-2009) |
|--------------------|----------------|----------------|
| • Papillary type | 258 (71%) | 238 (91%) |
| • Follicular type | 57 (16%) | 11 (4.2%) |
| • Hurthle Cell | 3 (0.8%) | 2 (0.8%) |
| • Medullary type | 5 (1.3%) | 1 (0.4%) |
| • Anaplastic type | 29 (8%) | 9 (3.4%) |
| • No data | 9 (2.9%) | - |
| • Ca cell squamous | - | 1 (0.4%) |

75

Distribution of Histologic Type

| | (Ca 1990-1999) | (Ca 2000-2009) |
|--------------------|----------------|----------------|
| • Papillary type | 258 (71%) | 238 (91%) |
| • Follicular type | 57 (16%) | 11 (4.2%) |
| • Hurthle Cell | 3 (0.8%) | 2 (0.8%) |
| • Medullary type | 5 (1.3%) | 1 (0.4%) |
| • Anaplastic type | 29 (8%) | 9 (3.4%) |
| • No data | 9 (2.9%) | - |
| • Ca cell squamous | - | 1 (0.4%) |

76

TREATMENT

| | (1990-1999) | (2000-2009) |
|----------------------------------|----------------|-------------|
| • Total thyroidectomy + RND/BRND | 23 (9%) | 25 (9.4%) |
| • Total Thyroidectomy | 109 (59.3%) | 109 (39%) |
| • Nearly Total Thyroidectomy | 15 (5.2%) | 7 (2.4%) |
| • Isthmo lobectomy | 134 (52(15.2%) | - |
| • Lobectomy | 22 (7.8%) | 21 (7.1%) |
| • Debulking | 19 (8.8%) | 60 (20%) |
| • Tracheostomy | 2 (0.7%) | 12 (4.0%) |
| • Biopsy | 0 (0.0%) | 4 (2.7%) |
| • RND/BRND (R) | 3 (0.9%) | 2 (0.67%) |
| • Lymphadenectomy | 2 (0.7%) | 2 (0.67%) |
| • Completion Surgery | - | 61 (21%) |

77


Distribution of cases related to histologic type

| | 1990-1999 | 2000-2009 |
|-----------------------------|-------------|-------------|
| Papillary Ca | 258 (71.4%) | 238 (91.7%) |
| Follicular Ca | 48 (13.3%) | 7 (2.7%) |
| Anaplastic Ca | 24 (6.6%) | 9 (3.4%) |
| Medullary Ca | 4 (1.1%) | 1 (0.4%) |
| Ca Thyroid | 6 (1.7%) | - |
| Ca cell hurtle | - | 2 (0.8%) |
| Ca cell squamosa | - | 1 (0.4%) |
| Ca papiler varian folikuler | - | 23 (8.7%) |
| Ca papiler campuran | - | 23 (8.9%) |
| | 367 (100%) | 262 (100%) |


78

SUMMARY

1. Incidence of thyroid nodules are 4 – 6 %
10 – 30 % of them are malignant
2. In Indonesia thyroid cancer is one of the most prequent cancer. It is accounted 4,3 % and ranked at the 9th position among the ten most prequent (PBR)
3. In clinical application, the accuracy of physical examination is high (> 80 %). It is important in diagnosis work up.




79



Cervical plan foto → calcification of thyroid nodule (70 % malignant)
Accuracy of clinical sign and symplians is 80.9 %

5. - Gold standard diagnostic is histopatology examination
- FNAB (= cytology) has difficulty in differ of follicular lesion (adenoma, carcinoma or medicamentous)
but it is promise for the next

80



Inchoosing of type of surgery in thyroid carcinoma, implementation of prognostic factors ames, agas are recommended.

9. It is very important for surgeon or absolutly, familiar with the anatomic topography and physiology of thyroid gland and patofisiology and behavior of thyroid nodule/cancer.

10 Minimal invasive thyroidectomy (MIVAT- Endoscopic thyroidectomy) still limited in use— LOW RISK

81

SURGICAL TREATMENT OF RADIATION-ASSOCIATED CUTANEOUS BREAST ANGIOSARCOMA 1974-2009

Lindford A., Bohling T., Vaalavirta L., Jankola T., Tukiainen E., v. Smitten K.

HelsinkiUniversity Hospital

1

Clinical characteristics of radiation induced angiosarcoma (AS)

- 1 % of all soft tissue sarcomas
- 8 % of these in the breast area
- First reported as arising in longstanding oedematous upper limb after ca-treatment
- AS after breast conserving surgery and radiation in 0,05 %

2

Patient and disease characteristics

| Age | Breast cancer treat. | Interval to AS(mths) * | Size, max diam. cm |
|-----|----------------------|------------------------|--------------------|
| 63 | Seg.res+ALND | 52 | 15 |
| 71 | Mastect+ALND | 146 | 2 |
| 60 | Seg.res.+ALMD | 128 | 2 |
| 57 | Seg.res+ALND | 63 | 4 |
| 56 | Seg.res+ALND | 54 | 4 |
| 84 | Mastect+ALND | 81 | 3 |
| 58 | Mastect+ALND | 147 | 14 |
| 46 | Seg.res.+ALND | 56 | 1 |
| 66 | Seg.res.+ALND | 46 | 3 |

*Mean latency period was 5.25 years range 3.8-12.25

3

Results of surgical treatment of AS

| Location of AS | Treatment | Follow-up | Recurrence | Outcome |
|------------------|---------------|-----------|--------------|---------|
| Whole breast | RM+LD flap | 13 | Local | DOD |
| Mastect. scar | WLE+LD flap | 4 | No | ANED |
| breast | Mastect. +SSG | 41 | No | ANED |
| breast | Mast+SSG | 113 | Other breast | ANED |
| Around nipple | RM+ALNRD | 61 | No | ANED |
| Mast.scar.abd. | WLE+SSG | 4 | Local | DPD |
| Mastect.scar | RM+SSG | 81 | No | ANED |
| Skin around TRAM | MST+SSG | 101 | No | ANED |
| breast | RM+LD flap | 8 | No | DWD |

RM=radical mastectomy, LD=lat. dorsi rec.; WLE=wide local excision; SSG=split-thickness Skin graft; ALNRD=axillary lymph node re-dissection, DOD=died of disease, ANED=alive Without recurrence, DWD= died of other cause

4

Results of treatment for AS

- 6/9 patients were alive at the end of the study period
- 3/9 patients died 4,8 and 13 months after surgery.
- 2/9 died from disseminated AS
- 1/9 died from unrelated disease
- Local recurrence of 30%, median follow-up was 3.7. years.

5

The AS can be small



6

And be treated by mastectomy and split-skin grafts.



7

63 year old woman, multifocal AS
4 years following breast conserving surgery and radiation treatment



8



9

Wide local excision with 3-5 cm margins



10

Flaps and skin-split grafts used.
Eventually died from systemic AS



11

AS after breast reconstruction as well as in the other breast!



12

Treated by wide local excision and skin grafts



13

Treatment principles

- Excision with macroscopic margins of at least 3 cm, preferably 4-5 cm, include at least pectoralis fascia
- Due to high rate of local recurrence immediate flap reconstruction deferred until later. Skin grafting is a better choice

14

АБДОМИНАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЯ

СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ АНАСТОМОЗА ПРИ БРЮШНО-АНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ РАКА НИЖНЕ-АМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ

Александров И.И., Коньков Р.В., Дербенев С.Н.

Краснодарский краевой онкологический диспансер,
Краснодар, Россия

«Читая о разных кунштюках, выдуманных для наложения кишечного шва, невольно улыбнешься и подумаешь о том, как напрасно теряли умные люди время на бесполезные изобретения. Принцип Ламбера – вот настоящий прогресс в искусстве.»

Н.И. Пирогов

Введение. Формирование сверхнизких анастомозов в процессе выполнения брюшно-анальной резекции прямой кишки, сопровождающейся тотальной мезоректумэктомией, ассоциировано с:

- высоким риском несостоятельности швов анастомоза,
- большим числом пациентов с проксимальной колостомой,
- большим риском срочных хирургических вмешательств в раннем послеоперационном периоде [1].

В дальнейшем у этой группы больных следует ожидать: неудовлетворительных функциональных результатов, более длительного периода ожидания устранения проксимальной колостомы, отмечается более высокий риск локальных рецидивов.

Также следует отметить, что более 19% так называемых временных или проксимальных колостом никогда не устраняются [2].

Данного осложнения можно избежать при соблюдении следующих положений:

- пересечение кишки в проксимальном направлении от верхнего полюса опухоли при формировании колотрансплантата производится на уровне пульсирующего кровотока внутрисстеночной артерии, определяемой визуально,
- отсутствие венозного стока стенки колотрансплантата,
- отрезок толстой кишки, формирующий колотрансплантат, должен иметь свободный ход и не испытывать натяжения,
- удовлетворительная подготовка кишечника [3].

Следующим ответственным этапом брюшно-анальной резекции является формирование коло-анального анастомоза, который должен отвечать следующим требованиям: обладать механической и биологической герметичностью, минимально суживать просвет кишечника, техника формирования анастомоза должна обеспечивать минимальную травматизацию тканей, обладать простотой и повторяемостью [4].

Методы. При формировании коло-анального анастомоза после брюшно-анальной резекции прямой кишки нами применен модифицированный однорядный серозно-мышечный-подслизистый футлярный шов, предложенный Н.И. Пироговым в 1865 г (5). Сущность модификации, предложенной швейцарскими хирургами F. Harder и Ch. Kull в 1987 для операций на толстой кишке состоит в замене узлового шва на непрерывный.

Данным способом оперировано 12 больных. Из них все женщины с диагнозом рак нижнеампулярного отдела прямой кишки T2-3N0M0, ни в одном случае не проводилось неoadьювантной лучевой терапии. Всем больным выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки, тотальная мезоректумэктомия. Сформирован коло-анальный анастомоз с применением однорядного непрерывного серозно-мышечного-

подслизистого шва. Проксимальная колостома сформирована в 3-х случаях.

Результаты. Результаты лечения оценены у всех больных. Летальность 0. Послеоперационные осложнения не требовали выполнения повторных хирургических вмешательств. Несостоятельность швов анастомоза отмечена в 2-х случаях, причем у больных, которым не была сформирована проксимальная колостома. Закрытие двустольной трансверзостомы у 3-х больных произвели в сроки от 2,5 до 3 месяцев. Ритмическую деятельность кишки через 3 месяца отметили 5 больных. Трем пациентам потребовалось периодическое проведение очистительных клизм.

Заключение. Изучение клинического материала, простота и элегантность исполнения позволяют с оптимизмом относиться к выбору предложенного метода коло-анального анастомоза в ходе выполнения брюшно-анальной резекции прямой кишки.

Литература

1. Zoran Krivocapic, First Surgical Clinic, Center for Coloproctology, Belgrad, Serbia. XII центрально-европейский съезд по колопроктологии. Москва. 2008.
2. Den Dulk et al. Lancet Oncol. 2007; 8(4): 297-303.
3. Игнатев А.И. Использование однорядного шва при хирургическом лечении колоректального рака. Современное состояние и перспективы развития медицины. Сборник научных статей. Воронеж. 2006; 1: 123-125.
4. Кирпатовский И.Д. Кишечный шов и его теоретические основы. М.: Медицина. 1964.
5. Савельев В.С. с соавт. 1976, Mann B. et al., 1996, Bernard D. et al., 1989.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ВНУТРИТАЗОВОЙ ХИМИОТЕРАПИИ С ГИПЕРТЕРМИЕЙ.

Алексеев М.В., Рыбаков Е.Г.

ФГУ «ГНЦ колопроктологии Росмедтехнологий», г. Москва

Введение. Рак прямой кишки в 2008 году находился на 6 месте (4,9%) в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в России (Чиссов В.И., 2010г).

Цель исследования. Снижение частоты развития местных рецидивов при местнораспространенном раке прямой кишки путем применения интраоперационной внутритазовой химиотерапии с гипертермией (ИВТХГ).

Материалы и методы. С сентября 2003 по март 2010 года в исследование включено 114 пациентов (по 57 в основную и контрольную группу) с аденогенным местнораспространенным РПК. Обе группы были сопоставимы по полу и возрасту. Все опухоли, в основном циркулярные, фиксированные или малоподвижные по отношению к стенкам таза, соответствовали III стадии. Группы были сопоставимы по TNM и степени дифференцировки опухоли. ИВТХГ проводилась после удаления опухолевого препарата 150 мг цисплатина в 1000 мл 0,9% раствора NaCl, постоянная температура перфузата поддерживалась на уровне 44-45 °С, время проведения составляло 60 минут.

Результаты и обсуждение. В обеих группах не было периоперационной летальности. Ранние послеоперационные осложнения в основной группе возникли в 17,5% случаев, в контрольной – в 15,8 % (p=1,0). Осложнения не связаны с проведением ИВТХГ, признаков системной токсичности цисплатина не было. Местный рецидив выявлен у 4 (7%) пациентов основной группы и у 7 пациентов (12,3%, p=0,52) в контрольной группе (медиана прослеженности – 28 мес. (1-74 месяца). В основной группе 3-летняя актуальная безрецидивная выживаемость составила 72,8±11,7%, в контрольной – 62,5±13,6% (p=0,65).

Заключение. Предварительные данные исследования свидетельствуют об отсутствии увеличения послеоперационных осложнений при снижении частоты местных рецидивов, а также улучшение 3-летней выживаемости при применении ИВТХГ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ГАСТРЭКТОМИИ И ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Алиев С.А., Лабазанов М.М., Магомедов С.М.

ГУ НПО «Дагестанский центр грудной хирургии» МЗ СР, г.Махачкала, Россия

Введение. Достижения в хирургии рака проксимального отдела желудка впечатляют, однако результаты хирургического лечения не всегда удовлетворительны. Остаются высокими послеоперационные осложнения и летальность, в среднем около 16% и 7% соответственно.

Целью данной работы явилось улучшение результатов хирургического лечения рака желудка, путем выбора наиболее оптимальных вариантов реконструкции пищеварительного тракта.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 240 пациентов с раком проксимального отдела и тела желудка за последние 10 лет. Распределение по стадиям заболевания выглядело следующим образом: - I, II стадия – 11%; III стадия – 68%; IIIb-IV ст. – 21%. Комбинированные вмешательства выполнены у 121 больного, что составило 50,4%. Хирургический блок осложненный наблюдался в 11 случаях, что составляет 4,4%, преимущественно при применении торакофренолапаротомного доступа.

Результаты хирургического лечения проксимального рака желудка в зависимости от применяемой методики реконструкции представлены в таблице:

| Способы операции | Число больных | Летальность |
|---|---------------|-------------|
| Гастрэктомия: | | |
| а) Гиляровича-Грехема с анастомозом по М.И.Давыдову | 101 (42,1%) | 1 |
| б) Роух с анастомозом по Цацаниди | 22 (9,2%) * | - |
| в) Эзофагодуоденоанастомоз по А.М.Карякину | 9 (3,8%) | - |
| г) Эзофагодуоденоанастомоз по принятой в клинике методике | 3 (1,2%) | - |
| д) Горизонтальный эзофагоэнтранастомоз по Lahey | 9 (3,8%) | 1 |
| Проксимальная резекция желудка: | | |
| а) Эзофагогастроанастомоз по М.И.Давыдову | 88 (36,7%) | 2 |
| Всего: | 240 (100%) | 4 (1,7%) |

* в 14 операциях применен доступ Осавы-Герлока

Заключение. 1. Расширение показаний к методикам: гастрэктомии, проксимальной резекции желудка по М.И. Давыдову решает проблему несостоятельности швов анастомоза. 2. Расширение показаний к эзофагодуоденостомии, в том числе с сохранением пилорического жома позволяет улучшить функциональные результаты гастрэктомии.

РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ

Альмяшев А.З.

ГОУВПО «Мордовский госуниверситет им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Введение. В 1998 г. в РФ было выявлено 42 782 больных с первичным РТК или 10,1 % от всех случаев злокачественных новообразований (ЗН). В 2008 г. в РФ зарегистрировано 55 719 новых случаев рака толстой кишки (РТК) (31 732 рака ободочной кишки – РОК и 23 987 рака прямой кишки – РПК). В 2008 г. РТК (РОК + РПК) занял 3 место в структуре онкологической заболеваемости населения РФ (на оба пола): рак кожи с меланомой – 13,3 %, трахея, бронхи, легкое – 11,6 %, РТК – 11,35 %, РМЖ – 10,9 %, РЖ – 8,3 % (Чиссов В.И., 2010).

Задача исследования. Изучить показатели заболеваемости, смертности, демографические особенности возникновения РТК на территории субъекта Приволжского Федерального округа – Республики Мордовия (РМ).

Материал и методы. В РМ 2004 г. диагностировано 234 первичных пациента РТК, в 2005 г. – 238, в 2007 г. – 243 (7,6 %), в 2008 г. – 281 (8,52 %), в 2009 г. – 253 (8 % от всех впервые выявленных случаев ЗН). РТК в РМ в 2007 – 2009 гг. занимал 5-ое ранговое место в структуре онкологической заболеваемости населения.

Результаты. Заболеваемость РОК по РМ в 1990 г. составила 9,5 на 100 000 населения обоего пола, в 1996 г. – 10,4, в 1997 г. – 12,3, в 1999 г. – 13,6, в 2000 г. – 12,1, в 2001 г. – 10,3, в 2002 г. – 13,9, в 2009 г. – 15,6. Заболеваемость РПК по РМ в 1999 г. составила 11,6 на 100 000 населения обоего пола, в 2000 г. – 11,3, в 2001 г. – 11,6, в 2002 г. – 11,5, в 2009 г. – 14,8.

Выводы. Отмечено снижение одногодичной летальности в РМ за 10 лет (1990-2009 гг.) в 1,5 раза при РПК, в 1,15 раза при РОК.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДИСТАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА РЕКОНСТРУКЦИИ

Амбарцумян Г.А., Варданян А.С.

Национальный Центр Онкологии им. В.А. Фанарджяна, Ереван, Армения

Лечение рака желудка продолжает оставаться крайне актуальной проблемой современной онкологии. До настоящего времени хирургическое лечение остается «золотым стандартом», позволяющим рассчитывать на излечение. Увеличение показателей выживаемости предъявило новые, повышенные требования к качеству жизни оперированных больных. Известно, что выраженность функциональных расстройств после проведения дистальной субтотальной резекции находится в зависимости от метода реконструкции пищеварительной трубки.

Материалы и методы. Материалом данной работы послужили данные о 190 пациентах раком дистального отдела желудка, находившихся на лечении в Национальном Центре Онкологии им. В.А.Фанарджяна в период с 1998 по 2007 гг. Всем пациентам была произведена дистальная субтотальная резекция желудка с реконструкцией по Бальфуру (1-ая группа – 37 больных), Гоффмейстер-Финстереру (2-ая группа – 76 больных) и по методу uncut Roux (3-я группа – 77 больных). Группы были сопоставимы по полу, возрасту и стадии заболевания.

Результаты. При исследовании частоты демпинг-синдрома в анализируемых группах установлено значительное снижение частоты данного осложнения в группе больных, которой проведена резекция желудка с реконструкцией по методу Uncut Roux по сравнению с первыми двумя группами (70,3%, 64,5% и 48,1%, P=0.035 – разница достоверна). Развитие послеоперационной диареи находилось в зависимости от вида произведенной операции и наблюдалось значительно реже в 3-ей группе (68,2%, 44,7% и 26,0% соответственно, разница статистически достоверна – P=0.046). Астения значительно реже встречалась в 3-ей группе по сравнению с первыми

ми двумя (64,9%, 52,6% и 40,3%, разница статистически достоверна – $P=0.041$). При изучении частоты синдрома приводящей петли в анализируемых группах нами получены следующие результаты (13,5%, 6,6%, 1,3% – разница статистически достоверна, $P=0.030$). Встречаемость гастроэзофагеального рефлюкса практически не различалась в исследуемых группах (45,9%, 51,3% и 54,5%, $P = 0.690$, разница статистически недостоверна).

Заключение – полученные данные позволяют утверждать, что резекция желудка с реконструкцией по методу Uncut Roux в значительной степени нарушает функцию пищеварения в послеоперационном периоде, не повышая при этом частоты послеоперационных осложнений, что позволяет нам рекомендовать данный метод оперативного лечения к широкому применению.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДИСТАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА РЕКОНСТРУКЦИИ

Амбарцумян Г.А. Варданян А.С.

Национальный Центр Онкологии им. В.А.Фанарджяна,

Лечение рака желудка продолжает оставаться крайне актуальной проблемой современной онкологии. До настоящего времени хирургическое лечение остается «золотым стандартом», позволяющим рассчитывать на излечение. Увеличение показателей выживаемости предъявило новые, повышенные требования к качеству жизни оперированных больных. Известно, что выраженность функциональных расстройств после дистальной резекции находится в зависимости от метода реконструкции пищеварительной трубки.

Материалы и методы. Материалом данной работы послужили данные о 190 пациентах раком дистального отдела желудка, находившихся на лечении в Национальном Центре Онкологии им. В.А.Фанарджяна в период с 1998 по 2007 гг. Всем пациентам была произведена дистальная субтотальная резекция желудка с реконструкцией по Бальфуру (1-ая группа – 37 больных), Гоффмейстер-Финстереру (2-ая группа – 76 больных) и по методу uncut Roux (3-ая группа – 77 больных). Группы были сопоставимы по полу, возрасту и стадии заболевания.

Результат. При исследовании частоты демпинг-синдрома в анализируемых группах установлено значительное снижение частоты данного осложнения в группе больных, которой проведена резекция желудка с реконструкцией по методу Uncut Roux по сравнению с первыми двумя группами (70,3%, 64,5% и 48,1%, $P = 0.035$ – разница достоверна). Развитие послеоперационной диареи находилось в зависимости от вида произведенной операции и наблюдалось значительно реже в 3-ей группе (68,2%, 44,7% и 26,0% соответственно, разница статистически достоверна – $P = 0.046$). При изучении частоты синдрома приводящей петли в анализируемых группах нами получены следующие результаты (13,5%, 6,6%, 1,3% – разница статистически достоверна, $P=0.030$).

Заключение. полученные данные позволяют утверждать, что резекция желудка с реконструкцией по методу Uncut Roux не повышает частоту послеоперационных осложнений, что позволяет нам рекомендовать данный метод оперативного лечения к широкому применению.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ

Арыбжанов Д.Т., Кулакеев О.К., Орманов Н.К., Сабуров А.Р.

Международный Казахско-Турецкий университет им. Х.А. Яссави, Южно-Казахстанской областной онкологической диспансер, Шымкент, Казахстан

Успех лечения рака любой локализации оценивается отдаленными результатами, то есть удельным весом больных, переживших пятилетний срок после операции. Отдаленные результаты хирургического лечения рака желудка остаются неудовлетворительными и колеблются в значительных пределах от 11 до 42%.

Как известно, на отдаленные результаты хирургического лечения рака желудка главным образом влияет множество факторов: стадия про-

цесса, анатомический тип роста опухоли, её гистологическая структура, локализация опухоли и возраст больных, а также объем оперативного вмешательства.

Целью нашего исследования явилось анализ результатов комбинированного лечения больных раком желудка после выполнения неoadьювантной химиотерапии и радикальных операций пролеченных в областной онкологической диспансере ЮКО за период 2007-2009гг.

Материал и методы. За 2007-2009гг. нами прооперировано 30 больных в возрасте от 35 до 80 лет, которые первым этапом комбинированного лечения получили 2 курса неoadьювантной внутриартериальной химиотерапии. Мужчин было 21, женщин 9. I-II стадией было 4 больных, III стадией 19 больных, IV стадией 7 больных. Гистологически верифицированы различные варианты аденокарциномы у 21 больных, недифференцированный рак у 5 больных, скирр у 4 больных. Неoadьювантную внутриартериальную химиотерапию проводили чрезбедренным доступом по Сельдингеру с селективной катетеризацией чревного ствола, в основном для регионарного введения применяли схему Цисплатин 100мг/М² + Фторурацил 750мг/М². После 2-х курсов больным проводили хирургическое лечение. Больным были проведены следующие варианты операций: дистальная субтотальная резекция желудка по Бильрот II выполнена в 14 случаях, проксимальная резекция желудка с эзофагогастростомией по Бондарю 3 случаев, гастрэктомия 13 случаев. Вместе с этим всем больным выполнена стандартная лимфодиссекция Д-2.

В послеоперационном периоде у 3 больных наблюдалась послеоперационная пневмония, Послеоперационная летальность составила 2 (1,81%). Основными причинами летальных исходов были сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания у пожилых больных.

При динамическом наблюдении односторонняя летальность отмечена у 5 больных с IV стадией процесса, что в основном связано с прогрессированием процесса. При контрольном осмотре 67,5% больных живут 2 года.

Выводы: таким образом, из вышеизложенного следует, что хирургический метод остается ведущим в лечении больных раком желудка. Результаты лечения больных остаются хорошими у больных с I-II стадией процесса.

Наш анализ показывает, что применение предоперационной регионарной химиотерапии с последующей радикальной операцией позволяет увеличить шанс без рецидивной выживаемости больных раком желудка.

СПОСОБ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА С ПРИМЕНЕНИЕМ «АРЕСТА ЛИМФООБРАЩЕНИЯ»

Арыбжанов Д.Т., Ганцев Ш.Х. , Кулакеев О.К., Абдурахманов Б.А.*

Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, Шымкент, Казахстан

*Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Башкортостан,

Лечение рака желудка в настоящее время остается сложной и до конца не решенной проблемой в онкологии. Известен способ периоперационной химиотерапии. Отдаленные результаты показали преимущества использованного способа – 72% в основной группе, против 42% в группе контроля, где периоперационная химиотерапия не проводилась.

С целью повышения эффективности комбинированного лечения рака желудка нами разработан и апробирован новый способ лечения рака, который предусматривает хирургическую операцию, периоперационную химиотерапию в условиях «Ареста лимфообращения» в брюшной полости, а по окончании операции восстановление лимфообращения в брюшной полости с наружным дренированием грудного лимфатического протока на шею с целью выведения продуктов метаболизма, расхода клеток и др.

Методику выполняли следующим образом, за 1 сутки больному под местной анестезией производили дренирование грудного лимфатического протока на шею по стандартной методике. На следующий день перед операцией под контролем ультразвукового датчика черезкожно-черезпеченочным доступом по Сельдингеру производили катетеризацию воротной вены, и внутрипортально начинали периоперационную химиотерапию, вводили препарат 5-фторурацил в дозе 800-1000мг.

После соответствующей предоперационной подготовки больному производили плановую операцию – верхнесрединную лапаротомию, после ревизии органов брюшной полости и оценки резектабельности процесса производили выделение на уровне I-II поясничных позвонков слева от позвоночного столба грудного лимфатического протока и пережимали его мягким сосудистым зажимом на весь период операции – «Арест лимфообращения». Далее, производили стандартную гастрэктомию с лимфодиссекцией в объеме D2 или D3, в зависимости от распространенности процесса. По завершению всех этапов операции сосудистый зажим с грудного лимфатического протока снимали. Брюшную полость ушивали стандартно. В послеоперационном периоде течения суток больному производили дренирование грудного лимфатического протока через заранее установленный дренаж на шею и всю лимфу с введенным периоперационно химиопрепаратом и продуктами метаболизма удаляли из организма. В течение первых суток удалялось до 1,5 литров лимфы. При лабораторном анализе удаленной лимфы в ней содержалось большое количество молекул средней массы, что подтверждает наличие большого количества отработанных продуктов метаболизма и оправданность удаления лимфы в течение первых суток после операции. Лимфодренаж удаляли на 8-е сутки, начиная к 11-м суткам шейная рана самостоятельно затягивалась. Послеоперационный период оперированных больных протекал гладко. Больные на 18-20 сутки выписаны домой (Патент РФ № 2328225 от 10.07.2008г.).

По вышеописанной методике нами пролечены 20 больных, во всех случаях нами получены непосредственные и ближайшие удовлетворительные результаты. При контрольном осмотре больного в сроки 3, 6, 12 месяцев после операции – больной жалоб не предъявляет, данных за метастазы и рецидив заболевания не выявлено. Предлагаемый способ легко воспроизводим в условиях стационара и может способствовать улучшению результатов лечения больных раком желудка.

МОДЕЛЬ ПРОГНОЗА ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Афанасьев С.Г., Августинович А.В., Чернов В.И., Синилкин И.Г., Волков М.Ю.

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск, Россия

В последнее время широко обсуждается концепция «выбора объема хирургического лечения в зависимости от стадии». По статистике не менее, чем у трети больных раком желудка, отсутствуют лимфогенные метастазы, что в принципе позволяет сократить объем вмешательства и соответственно уровень хирургической агрессии.

Цель исследования: определить критерии прогноза риска лимфогенного метастазирования (ЛМ) при раке желудка.

Материалы и методы. На основании проспективного анализа операционного материала, полученного от 138 больных раком желудка, разработана математическая модель прогноза риска лимфогенного метастазирования.

Результаты. Статистически значимыми параметрами оказались: глубина инвазии и размер опухоли, степень дифференцировки, переход опухоли на пищевод. Диагностическая точность модели при определении ЛМ составила 93%. Риск метастазирования оказался минимальным при размерах опухоли менее 3,0 см – 6,3%, при высокодифференцированной аденокарциноме и при T1 – 0%. Предлагается следующий алгоритм хирургического лечения рака желудка: после предоперационного обследования определяется степень риска лимфогенного метастазирования. При «высоком риске» ЛМ показана радикальная операция с перигастральной лимфодиссекцией D2. При прогнозируемом «низком риске» ЛМ показана детекция «сторожевых» лимфатических узлов (СЛУ). При наличии в СЛУ как минимум одного метастатического очага показана перигастральная лимфодиссекция D2. В случае отсутствия метастазов в СЛУ операцией выбора может являться лимфодиссекция меньшего объема.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ НЕИНВАЗИВНЫХ ТЕСТОВ В ДИАГНОСТИКЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Афанасьева З.А., Старостина М.А., Зинкевич О.Д., Сафина Н.А.

Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ Республики Татарстан

Казанская Государственная медицинская академия, Казань, Россия

Цель: Определение информативности неинвазивных тестов - Hexagon OBT1 на скрытую кровь, fTu M2-ПК, MMP-9 и TIMP -1 - для диагностики рака толстого кишечника.

Клинические наблюдения и методы исследования. Материалом исследования послужили образцы кала 63 больных колоректальным раком (аденокарцинома). Мужчин было 30, женщин – 33, средний возраст больных - 64,7±1,1 лет. У 18 больных колоректальным раком была I стадия, у 22 – II, у 19 – Ш, у 4 больных – IV стадия заболевания. Контрольная группа представлена 20 здоровыми от 18 до 64 лет. Скрытую кровь в кале определяли экспресс-анализом Hexagon OBT1 (Германия). fTu M2-ПК определяли с помощью иммуноферментных тест-систем «ScheBo Tu M2-PKTM ELISA Stool Test» (ScheBo Biotech AG, Германия), MMP-9 и TIMP -1 - с помощью наборов для ИФА «Human MMP-9 Quantikine ELISA Kit, Human TIMP-1 Quantikine ELISA Kit, R&D Systems» (США).

Результаты. Информативность экспресс-анализа Hexagon OBT1: чувствительность - 86,2%, специфичность – 93,8%, точность – 87,7%. Информативность теста fTu M2-ПК: чувствительность - 36,2%, специфичность – 66,6%, точность – 42,5%. Чувствительность MMP-9 составила 55,6%, специфичность - 100%, точность – 66,3%. Чувствительность TIMP-1 составила 76,2%, специфичность - 95%, точность – 80,7%.

Таким образом, по нашим данным, экспресс-анализ Hexagon OBT1 является информативным для определения скрытой крови в кале. Предварительные результаты показали также высокую информативность TIMP-1 в диагностике рака толстой кишки. Необходимо дальнейшее исследование этого маркера при других заболеваниях толстой кишки.

ПОЛИНЕОПЛАЗИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Афанасьева З.А., Бакунин С.Ф., Петров С.В.

Казанская государственная медицинская академия, Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ Республики Татарстан, Казань, Россия

Цель исследования - изучение особенностей злокачественных опухолей у больных полинеоплазиями с поражением щитовидной железы.

Материалы и методы исследования. Располагаем наблюдениями над 112 больными полинеоплазиями с поражением щитовидной железы, получившими лечение в РКОД МЗ РТ с 1973 по 2010 год. Мужчин было 17, женщин - 95. Возраст больных от 18 до 83 лет. Применялась комплексная диагностика с использованием иммуноморфологических методов исследования.

Результаты исследования. Всего было выявлено 229 опухолей: у 107 больных - по 2, у 5 – по 3 злокачественные опухоли. У 68,7% больных опухоли выявлялись метакхронно. Средний возраст больных полинеоплазиями при синхронном и метакхронном поражении не отличался. Полинеоплазии диагностировались у пациентов в шестой декаде жизни. При метакхронном поражении первая опухоль возникала достоверно в более молодом возрасте (p=0,000), нежели при синхронном (четвертая декада и шестая декада). В 33,0% случаев имело место сочетание рака щитовидной железы с карциномами других эндокринных желез и гормонозависимых органов. У женщин чаще поражалась молочная железа (28,4%), кожа (16,8%), тело и шейка матки (15,8%), реже – толстая кишка (8,4%). У мужчин рак щитовидной железы чаще сочетался с карциномой почки (23,5%), предстательной железы (17,7%), реже с карциномой желудка (11,8%) и легких (11,8%). У 63,4% больных злокачественная опухоль в щитовидной железе была представлена папиллярной карциномой. Возникающие трудности дифференциальной диагностики при полинеоплазиях, как показало наше исследование, могут быть разрешены путем применения иммуноморфологических исследований с определением органоспецифических антигенов.

УЗЛОВАЯ ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Афанасьева З.А., Галеева А.В., Бакунин С.Ф.

Казанская государственная медицинская академия,
Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ
Республики Татарстан, Казань, Россия

Цель исследования - анализ результатов диагностики и лечения узловой патологии щитовидной железы (ЩЖ) у детей в онкологическом учреждении.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно за период с 1971г. по 2009г. были проанализированы истории болезни и амбулаторные карты 94 детей с узловой патологией ЩЖ, получивших лечение в РКОД МЗ Республики Татарстан.

Результаты исследования. Рак и доброкачественная узловая патология ЩЖ регистрируется у детей пубертатного возраста и в 3,7-10,2 раза чаще у девочек. Рак ЩЖ у оперированных детей составил 40%. У 33 (86,8%) детей была I, у 4 (10,5%) - II, у 1 (2,6%) ребенка III стадия рака. Папиллярный рак имел место у 29 (76,3%), фолликулярный - у 5 (13,1%), медуллярный - у 2 (5,2%), низкодифференцированный - у 2 (5,2%) детей. Узловой коллоидный зоб был у 26 (46,4%), аденома - у 16 (28,6%), кистозный зоб - у 7 (12,5%); узловой токсический зоб - у 4 (7,1%); АИТ - у 3 (5,4 %) детей. Злокачественные узлы ЩЖ при УЗИ одинаково часто были изо-, гипо- и гиперэхогенными, доброкачественные - в 67,4% случаев изоэхогенными. Точность дооперационного цитологического исследования в диагностике рака составила 61%, доброкачественной узловой патологии - 47,2%. У 47,3% детей, больных раком ЩЖ, был применен только хирургический метод лечения. У 61% больных карциномами и у всех - с доброкачественной узловой патологией операции носили органосохраняющий характер. Дети с опухолью T4 составили группу риска по отдаленному метастазированию и регионарному рецидивированию. Выживаемость детей при раке щитовидной железы составила: 5-летняя - 96,6%; 10-летняя - 96,6%; 25-летняя - 77,2%. Все больные, оперированные по поводу доброкачественной узловой патологии щитовидной железы, живы без рецидива заболевания.

СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ОТДАЛЕННЫХ СРОКАХ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Афанасьева З.А., Сибгатуллина И.Ф., Федоренко М.В.

Казанская государственная медицинская академия,
Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ Республики Татарстан,
Институт развития образования Республики Татарстан,
Татарский государственный гуманитарно-педагогический университет,
Казань, Россия

Цель - изучение стрессоустойчивости больных раком щитовидной железы (РЩ), находящихся на отдаленных сроках после радикального противоопухолевого лечения.

Материалы и методы исследования. Основную группу составили 120 больных раком ЩЖ на отдаленных сроках после радикального лечения, получающих терапию L-тироксинами и не имеющих на момент исследования рецидива заболевания. Контрольную группу здоровых составили 55 доноров. Все испытуемые изучались с помощью психодиагностических опросников СМОЛ, Ч.Д.Спилбергера - Ю.Л.Ханина, САН, методики определения стрессоустойчивости Холмса и Раге и опросника увлечений. Оценка взаимосвязи качественных признаков, наблюдаемых у пациентов и здоровых, проведена с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. Две независимые выборки больных и здоровых по методике определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге имели достоверные отличия ($p = 0,047780$). В группе здоровых средние значения стрессоустойчивости были в пределах нормы, у них - высокая сопротивляемость стрессу. В группе больных эти значения определялись как пороговые. Больные раком ЩЖ на отдаленных сроках после радикального лечения, как показало исследование, чувствительны к ситуациям жизнедеятельности, вызывающим повышенное напряжение. Таким образом, для повышения стрессоустойчивости больных, излеченных от рака ЩЖ, нуждаются в психокоррекционной помощи.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНСУЛИНОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Афанасьева З.А., Тазиев Р.М., Петров С.В., Дружкова Н.Б.

Казанская государственная медицинская академия,
Республиканский клинический онкологический диспансер
МЗ Республики Татарстан,
Казанский государственный медицинский университет,
Казань, Россия

Инсулиномы - редкие нейроэндокринные опухоли, происходящие из β -клеток поджелудочной железы. Имеем опыт диагностики и хирургического лечения 4 больных инсулиномами поджелудочной железы. Среди них было 3 женщины в возрасте от 30 до 75 лет и 1 мужчина 72 лет. Длительность заболевания - от 6 месяцев до 12 лет. Стойкие неврологические и психические нарушения имели место у 2 больных (анамнез 9 и 12 лет), переходящие - у 2. Одна пациентка 30 лет была инвалидом с диагнозом «эпилепсия». Уровень гипогликемии больных составлял 1,7-2,97 ммоль/л. Ведущими методами топической диагностики опухоли были УЗИ и РКТ органов брюшной полости. У 1 пациентки УЗИ применялось и во время операции. Все больные оперированы. У 1 больной было выполнено вылушивание опухоли поджелудочной железы, у 1 - сегментарная резекция железы, у 2 - дистальная резекция поджелудочной железы со спленэктомией. Патогистологически у 3 больных имела место высокодифференцированная нейроэндокринная опухоль (хромогранин +, NSE +, Ki67 < 2%, индекс митотической активности < 1), у 1 - нейроэндокринная опухоль с неопределенным потенциалом злокачественности. В послеоперационном периоде у всех больных наблюдалась гипергликемия, которая купировалась в первые дни после операции длительным внутривенным введением инсулина с помощью дозатора, в последующем - подкожным введением с контролем гликемии. Уровень глюкозы становился нормальным на 10-15-й день после операции, после чего введение инсулина прекращали. Все больные живы без рецидива заболевания.

Таким образом, необходима онкологическая настороженность в отношении инсулиномы у больных с переходящими неврологическими и психическими нарушениями.

ДИАГНОСТИКА РАКА ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Афанасьева Н.А., Красильников С.Э., Тархов А.В., Герасимов А.В., Бабаянц Е.В., Кулиджанян А.П., Сисакян В.Г.

ГБУЗ НСО Новосибирский областной онкологический диспансер,
г. Новосибирск

Введение. Среди новообразований гинекологической локализации в экономически развитых странах рак яичников в 2010 году занимает 2-е место после рака тела матки. Заболеваемость злокачественными опухолями яичников по Новосибирской области за последние 10 лет имеет тенденцию к росту, но пятилетняя выживаемость по - прежнему составляет не более 30%.

Цель. Выделение групп риска по развитию рака яичников.

Материалы и методы. В гинекологическом отделении Новосибирского областного онкологического диспансера ежегодно проходит лечение 80-100 пациенток с впервые выявленным раком яичников. Разработан и применяется алгоритм обследования этой группы пациенток: двуручное влагалищное и ректовагинальное исследование; УЗИ органов малого таза с ЦДК; УЗИ брюшной полости, щитовидной железы, молочной железы; КТ; МРТ; маммография; гастроскопия, ирригоскопия; хромоцистоскопия; рентгенография органов грудной клетки для исключения метастатического поражения.

Выводы: Мы считаем, что в связи с отсутствием патогномичных симптомов при ранних стадиях заболевания, все пациентки с подозрением на рак яичников 1-2 раза в год должны подвергаться обследованию по скрининг - программе: ректовагинальное обследование, УЗИ малого таза, УЗИ брюшной полости, определение опухолевых маркеров.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ*Бахлаев И.Е., Новожилов В.Г., Складов С.О., Ястребова А.В.*

ГУЗ «Республиканский онкологический диспансер», г. Петрозаводск, Россия

Цель работы – анализ хирургического и комплексного лечения больных колоректальным раком (КРР).

Материал и методы исследования. Произведен ретроспективный анализ историй болезни 159 больных КРР, проходивших обследование и лечение Карельском республиканском онкологическом диспансере.

Результаты и обсуждение. Наиболее часто злокачественная опухоль располагалась в прямой и сигмовидной кишке. Диагноз рака *in situ* был установлен у 3 (1,9%), I стадия – у 20 (12,6%), II – у 52 (32,7%), III – у 57 (35,8%) и IV стадия – у 27 (17,0%) пациентов. Радикальная операция выполнена у 122 (76,7%) больных, паллиативная – у 19 (11,9%), симптоматическая – у 18 (11,4%) больных. В группе радикальных и паллиативных операций (141) наиболее часто выполнялась правосторонняя гемиколэктомия, резекция сигмовидной кишки и брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением ободочной кишки. У 16 пациентов выполнены комбинированные операции. В раннем послеоперационном периоде умерло 8 (5,0%) больных. Помимо оперативного лечения, 18 больным раком прямой кишки, проведена предоперационная лучевая терапия и 2 – послеоперационная лучевая терапия при раке средне- и нижнеампулярного отделов. У 48 (31,2%) больных с КРР проводилась адъювантная химиотерапия препаратами кселода и иринотекан.

Выводы. Хирургическое лечение остается основным в лечении больных КРР. Наиболее часто выполняются радикальные оперативные вмешательства, реже паллиативные и симптоматические. У каждого десятого больного производятся комбинированные операции. Максимальный радикализм операции в сочетании с лучевой терапией и химиотерапией в адъювантном режиме повышает пятилетнюю выживаемость больных КРР.

МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫЙ РАК ПРЯМОЙ КИШКИ – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ*Бердов Б.А., Ерыгин Д.В., Невольских А.А., Титова Л.Н., Юрченко С.Н.*

УРАМН Медицинский радиологический научный центр РАМН, г. Обнинск, Россия.

Цель: повышение резектабельности опухолей, снижение частоты местных рецидивов и увеличение числа сфинктеросохраняющих операций.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 104 больных местно-распространенным раком прямой кишки, проходивших лечение с 1995 по 2009 гг.

У 65 больных на I этапе проводилась предоперационная лучевая терапия РОД 4 Гр, через день до СОД 40 Гр (группа ЛТ). Химиолучевое лечение проводилось 49 больным: 5-фторурацил в дозе 500 мг/м² в сутки в виде длительной инфузии с 1 по 5 и с 29 по 33 дни лучевой терапии. Лучевая терапия по 2 Гр ежедневно, до СОД 50 Гр (ХЛТ). Через 4 - 6 недель больным производили хирургический этап лечения.

Результаты. Частичные и полные регрессии в группе ЛТ были отмечены у 14 (22%), ХЛТ - у 34 (69%) больных. Резектабельность составила 55% и 80% соответственно. Структура оперативных вмешательств у больных после ЛТ: БПЭ прямой кишки - 33; ПР прямой кишки - 2, операция Гартмана - 1. У больных после ХЛТ: БПЭ прямой кишки - 19; ПР прямой кишки - 18, БАР - 2. Частота сфинктеросохраняющих операций у больных после ХЛТ составила 47%. Частота местных рецидивов у радикально оперированных больных в группе ЛТ 10%, в группе ХЛТ 3%. Трехлетняя выживаемость 34,6±9,8% и 70,3±8,10% соответственно.

Заключение: химиолучевая терапия в лечении больных местнораспространенным раком прямой кишки позволяет повысить выраженность регрессии опухоли, что в сочетании с современной хирургической

техникой позволяет достичь высокого показателя резектабельности опухоли и увеличения числа сфинктеросохраняющих операций.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ*Бердов Б.А., Невольских А.А., Титова Л.Н.*

Учреждение Российской академии медицинских наук Медицинский радиологический научный центр РАМН, г. Обнинск, Россия.

Цель исследования. Улучшение отдаленных результатов лечения больных резектабельным раком прямой кишки за счет усовершенствования методики предоперационной лучевой терапии и техники хирургического лечения.

Материалы и методы. Проведен анализ отдаленных результатов лечения 620 радикально оперированных больных резектабельным раком прямой кишки. У 143 больных были выполнены оперативные вмешательства в объеме тотальной мезоректумэктомии (ТМЕ), у 477 больных – операции с использованием классической хирургической техники. У 89% больных операции предшествовало интенсивное предоперационное облучения в дозе 15,6-25Гр.

Результаты. Методика ТМЕ расширила возможности в сохранении естественного замыкательного аппарата прямой кишки (P<0.001), привела к снижению частоты гнойно-воспалительных (P<0.001) и урологических (P=0.039) осложнений, летальности и сокращению сроков госпитализации больных (P<0.001). Общая 5-летняя выживаемость больных составила 71,9±4,8% в группе ТМЕ и 62,6±2,4% (P=0.028) в контрольной группе. Было отмечено снижение частоты местных рецидивов у больных с III стадией с 22,5% до 9,8% соответственно (P=0.055).

Выводы: Применение методики ТМЕ у больных резектабельным раком прямой кишки улучшило непосредственные результаты комбинированного лечения, повысило выживаемость больных и снизило частоту местных рецидивов у больных с III стадией.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПЕЧЕНИ И НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АБЛЯЦИИ (HIFU).*Бруслик С.В., Карпов О.Э., Ветшев П.С., Серебряник П.С., Слабожанкина Е.А., Судилова В.В.*

ФГУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова», Москва, Россия.

В Пироговском центре продолжается работа по применению дистанционной фокусированной ультразвуковой абляции (HIFU) для разрушения очагов метастатического поражения печени и нерезектабельных опухолей поджелудочной железы на аппарате JC.

Цель исследования: оценка первых результатов применения ультразвуковой абляции на основании инструментальных и морфологических методов исследования.

Материалы и методы: с марта 2009г в НМХЦ им. Н.И. Пирогова выполнено 58 дистанционных ультразвуковых абляций: при метастатическом раке печени – 50, при доброкачественных образованиях печени – 3, и при нерезектабельной опухоли поджелудочной железы – 5.

Среди больных с метастатическим раком печени было 25 женщин и 13 мужчин в возрасте 32- 76 лет. По поводу метастазов рака молочной железы выполнено 4 абляции, яичников – 3, желчного пузыря – 1, пищевода – 2, желудка – 2, поджелудочной железы – 1, толстой кишки – 37 (74%). С нерезектабельной опухолью поджелудочной железы УЗ-абляция была выполнена 4 мужчинам и 1 женщине.

Во всех случаях диагноз был морфологически верифицирован, у части больных во время операции по поводу основного заболе-

вания, у части в послеоперационном периоде. Все пациенты были разделены на три группы: 1) до проведения, 2) во время проведения химиотерапии и 3) химиорезистентные. Основная доказательная база воздействия УЗ-волн на опухолевые очаги была основана на принятых визуальных методах контроля (УЗИ, КТ) и морфологическом исследовании материала из обработанных очагов. Биопсия выполнена у 32 пациентов (55%) в сроки 3-6 месяцев и у одной пациентки через 12 месяцев после абляции.

Результаты: во всех случаях по результатам морфологического исследования были получены данные о наличии некроза в обработанных очагах, при этом признаки продолжающегося некроза, явления воспаления, разрушения стромы опухоли и появление иммунной реакции выявляются в очаге и через 3 месяца после абляции. Наиболее четкие визуальные изменения в процессе выполнения операции определяются в низкодифференцированных опухолях. Более высокодифференцированные опухоли требуют воздействия повышенных энергий и увеличения времени воздействия.

Заключение: полученные результаты подтверждают имеющиеся в иностранной литературе данные об эффективности технологии HIFU. Данные являются предварительными и объективно отражают возможности локального воздействия HIFU на опухолевую ткань.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ И РЕЦИДИВНЫХ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

Вашакмадзе Л.А., Бутенко А.В., Черемисов В.В., Хомяков В.М.

МНИОИ им. П.А. Герцена,
Москва, Россия.

Актуальность. Почти каждая десятая операция при неорганных забрюшинных опухолях (НЗО) носит эксплоративный характер, а частота выполнения радикальных и условно-радикальных операций колеблется от 43 до 95%.

Цель исследования. Улучшение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения больных НЗО.

Материалы и методы. В исследование включено 138 больных первичными и рецидивными НЗО, проходивших лечение в МНИОИ им. П.А. Герцена в период с января 1990 по декабрь 2008гг. Женщин было 102 (74%), мужчин – 36 (26%) в возрасте от 15 до 82 лет (медиана 48,18 ± 1,23 лет). Среди гистологических форм НЗО преобладали опухоли мезенхимального происхождения – 91 (66,4%). Выполнено 167 оперативных вмешательств у 109 больных.

Результаты и обсуждения. Операбельность составила 79%, резектабельность – 94,6%. Резекции R0 выполнены у 83,8%, R1 – 2,4%, R2 – 8,4% больных. Комбинированные операции выполнены у 90 (54%) больных. Чаще резецировалась толстая кишка 28 (31%), почка 22 (92,4%), надпочечник 17 (19%), магистральные сосуды 17 (19%) и поджелудочная железа 16 (18%). Частота послеоперационных осложнений составила 15%, летальность – 6,5%. Средняя кровопотеря – 2072,4 ± 592,9 мл. Общая 5-ти и 10-летняя выживаемость составила 75,7 ± 4,0% и 64,2 ± 9,3%. Медиана выживаемости – 50 ± 5,6 мес. У лиц, оперированных в объеме R0, 5-летняя выживаемость достигала 95,7 ± 4%, в то время как, у больных, перенесших резекции в объеме R1/R2 – 25%. Частота рецидивов у больных с первичными опухолями после резекции R0 – 12%. 5-летняя выживаемость у больных, оперированных по поводу рецидива составила 76,1 ± 9,3%.

Выводы. Хирургический метод является основным при лечении НЗО. Выполнение радикальных операций при первичных опухолях позволяет добиться 5-летней выживаемости у 95,7% больных. Повторные оперативные вмешательства по поводу рецидивов ретроперитонеальных сарком имеют высокую эффективность.

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ВЫЖИВАЕМОСТИ И РЕЦИДИВИРОВАНИЯ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

Вашакмадзе Л.А., Бутенко А.В., Черемисов В.В., Хомяков В.М.

МНИОИ им. П.А. Герцена,
Москва, Россия.

Введение. Основным путем прогрессирования неорганных забрюшинных опухолей (НЗО) является местный рецидив. Частота рецидивирования после радикальной операции составляет от 50 до 80%.

Цель исследования. Улучшение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения НЗО.

Материалы и методы. Изучены факторы прогноза 138 больных с НЗО, наблюдавшихся в МНИОИ им. П.А. Герцена с 1990 по 2008 гг. Женщин было 102 (74%), мужчин – 36 (26%) в возрасте от 15 до 82 лет (медиана – 48,18 ± 1,23 лет). Преобладали опухоли мезенхимального генеза – 91 (66,4%), реже встречались нейроэктодермальные – 15 (11%) и другие формы (фиброма-десмоиды, GIST, недифференцированные саркомы и пр.) – 31 (22,6%). С учетом повторных выполнено 167 оперативных вмешательств. Резекции R0 выполнены у 83,8%, R1 – 2,4%, R2 – 8,4% больных.

Результаты и обсуждения. Общая 5-летняя выживаемость оперированных больных составила 75,7 ± 4,0%. Предикторами местного рецидивирования является размер опухоли ≥ 10 см (p=0,062) и локализация ее в левой половине забрюшинного пространства (P=0,0011). Корреляции между гистологической структурой и риском развития рецидива не выявлено. Независимыми факторами прогноза, влияющими на общую и безрецидивную выживаемость являются инвазия стенки магистрального сосуда (p=0,05 Cox) и радикализм выполненного оперативного вмешательства (p=0,0001 Cox). В группе больных с инвазией магистрального сосуда (аорта, нижняя полая вена) 5-летний рубеж не пережил ни один пациент. У лиц, оперированных по поводу первичной опухоли в объеме R0, 5-летняя выживаемость достигала 95,7 ± 4% против 25% в группе больных с R1/R2 резекцией.

Выводы. Хирургический метод является основным и наиболее эффективным вариантом лечения НЗО при условии полной циторедукции. Неблагоприятными факторами прогноза являются инвазия магистральных сосудов, большие размеры опухоли и локализация в левой половине забрюшинного пространства.

ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ IV СТАДИИ

Вельшер Л.З., Маслов В.В., Решетов Д.Н., Никитюк Е.С.

Московский Государственный Медико-стоматологический Университет
Кафедра онкологии и лучевой терапии
Москва, Россия

Актуальность проблемы: ежегодно в России регистрируется около 39000 чел. с диагнозом рак ободочной кишки IV стадии, с диагнозом рак прямой кишки IV стадии более 27000 чел. Смертность на первом году заболевания составляет 34,4% для рака ободочной кишки и 30,0% для рака прямой кишки.

Цель исследования: оценить выживаемость и качество жизни больных с колоректальным раком IV стадии после расширенных паллиативных хирургических вмешательств.

Материалы и методы: архивные истории болезни 222 человек, находившихся на лечении в отделении колопроктологии онкологического центра ОАО «РЖД» в период с 2007 года. Из них – 126 (56,7%) человек с диагнозом рак ободочной кишки, 96 (43,3%) – с диагнозом рак прямой кишки. IV стадия заболевания выявлена у 21 (26,5%) и 18 (17,3%) больных соответственно. Осложнения при раке ободочной кишки IV стадии: кишечная непроходимость – 53,8%; тяжелые анемии при правосторонней локализации процесса – 23%; межкишечные свищи и перфорации опухоли – 15,3% и 7,6% наблюдений соответственно. Кишечная непроходимость при раке прямой кишки IV стадии выявлена в 54,4% случаев; ректовагинальные и ректовезикальные свищи в 36%; раковый парапроктит у 9% больных. Расширенные паллиативные хирургические вмешательства при раке ободочной кишки IV стадии

выполнены в 30,1% случаев. Наложение илео-, трансверзо-, сигмостом – 58%; паллиативная резекция сигмовидной кишки – 23%; левосторонняя гемиколэктомия 12%, правосторонняя гемиколэктомия 7%. Расширенные хирургические вмешательства при раке прямой кишки IV стадии выполнены в 24,2% случаев. Передняя резекция прямой кишки – 44%; брюшно-промежностные экстирпации – 30%; комбинированные хирургические вмешательства 14%, брюшно-анальные резекции 12%. Трехлетняя выживаемость, после проведения расширенных паллиативных хирургических вмешательств при раке ободочной кишки составила 38,5%, при раке прямой кишки – 45,5%. Данный показатель у больных, перенесших экономные паллиативные хирургические вмешательства составил 27,2% и 31,2% соответственно. Разница показателей выживаемости составила 11,3% при раке ободочной кишки, 14,3% при раке прямой кишки IV стадии.

Выводы: выполнение расширенных паллиативных хирургических вмешательств более чем в 1,5 раза увеличивает трехгодичную выживаемость больных, избавляет их от тяжелых осложнений, тем самым, улучшая качество жизни.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА

Волков М.Ю., Афанасьев С.Г., Августинович А.В., Пак А.В.

НИИ онкологии СО РАМН,
г. Томск, Россия.

Одной из особенностей рака желудка в современных условиях является увеличение количества проксимальных локализаций. Результаты лечения при кардиоэзофагеальном раке (КЭР) остаются неудовлетворительными.

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения КЭР.

Материал и методы. За период с 2006–09 гг. хирургическое лечение проведено 66 больных КЭР. Среди них: мужчины – 56 (85%), женщины – 10 (15%), по морфологии: аденокарцинома – 42 (63,6%), плоскоклеточный рак – 17 (25,7%), железисто-плоскоклеточный рак – 5 (7,5%), перстневидноклеточный рак – 1 (1,6%), GIST – 1 (1,6%) наблюдений; по локализации процесса: Зиверт I – 17 (25,7%), Зиверт II – 12 (18,3%), Зиверт III – 37 (56,0%) случаев. Операция по типу Льюиса с лимфодиссекцией 2F выполнена у 29 (44%), операция по типу Гэрлока – 13 (19,7%), гастрэктомия из лапаротомного доступа – у 24 (36,3%) больных.

Результаты: Послеоперационные осложнения возникли у 36 (54,5%) больных, плеврит и пневмония у 15 (22,8%), у 8 (12,1%) – несостоятельность анастомоза, в 4 (6,1%) – панкреатогенные осложнения и послеоперационное кровотечение. Летальность – 7,5%. В большинстве случаев, неблагоприятное течение послеоперационного периода и летальные осложнения наблюдались при операциях по типу Гэрлока. Одногодичная выживаемость – 76,9%, двухгодичная – 65,4%. Чаще всего прогрессирование заболевания возникало после экстирпаций желудка из лапаротомного доступа и операций по типу Гэрлока.

Выводы: Правосторонний торакоабдоминальный доступ является предпочтительным при оперативных вмешательствах по поводу КЭР, поскольку обеспечивает более адекватную лимфодиссекцию и условия для формирования внутриплевральных анастомозов.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ 125 ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ ФОРМАХ ПЕРИАМПУЛЯРНОГО РАКА

Восканян С.Э., Котенко К.В., Трофименко Ю.Г., Артемьев А.И., Забегинский Д.А.

ФГУ «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России»,
Москва, Россия.

Цель – изучить непосредственные результаты радикального хирургического лечения локализованного периапулярного рака (ПАР) на основании последовательного собственного опыта панкреатодуоденальных резекций (ПДР).

Материал и методы. В исследовании проанализированы результаты 125 последовательно выполненных ПДР при локализованных формах ПАР в период с 2002 по 2010 гг. У 82 больного (65,6%) имел место рак головки поджелудочной железы (РГПЖ), у 32 (25,6%) – рак большого дуоденального сосочка, 7 (5,6%) – рак терминального отдела холедоха, 4 (3,2%) – рак двенадцатиперстной кишки. Возраст больных варьировал от 37 до 89 лет. У всех больных ПДР дополнялась лимфаденэктомией различной объема, причем у 64 больных РГПЖ – расширенной юкстарегинарной лимфаденэктомией с удалением 9, 10, 11, 12, 14, 15 и в ряде случаев 16 групп лимфоузлов, а также чревно-мезентериальной нейродиссекцией. У 94 больных (75,2%) выполнена пилоросохраняющая ПДР, у 31 (24,8%) – гастропанкреатодуоденальная резекция. Формирование анастомоза с культей поджелудочной железы (ПЖ) осуществлено у 116 больных (92,8%), при этом панкреатоэнтероанастомоз сформирован у 80,2% из них, в остальных случаях применен панкреатикогастроанастомоз. Использовались только методики формирования анастомозов с изолированным вшиванием вирсунгова протока. Реконструкция желудочно-кишечного тракта всегда осуществлялась на одной петле с использованием исключительно технологий прецизионного однорядного шва.

Результаты. Средняя длительность операции составила 318,4±26,3 мин, средняя интраоперационная кровопотеря – 434,8±52,5 мл. Случаев госпитальной летальности не отмечено. Общая частота послеоперационных осложнений составила 38,4%. Среди осложнений преобладали послеоперационный гастростаз, секреторная диарея, внутрибрюшные неинфицированные и инфицированные жидкостные скопления, послеоперационный панкреатит, плевропульмональные осложнения. Несостоятельности анастомозов не отмечено. Релапаротомии выполнены у 3 больных (2,4%): у двух в связи с внутрибрюшным кровотечением и у 1 по поводу подтекания желчи из холедохоэнтероанастомоза на 1-е сутки послеоперационного периода с развитием желчного перитонита, что потребовало реконструкции анастомоза. Средний послеоперационный койко-день составил 16,8±2,1 сут.

Заключение. Использование современных безопасных технологий формирования анастомозов и эффективных методик профилактики осложнений позволило добиться отсутствия госпитальной летальности, минимизировать частоту послеоперационных осложнений и достигнуть хороших и отличных непосредственных результатов радикального хирургического лечения больных ПАР.

РЕЗУЛЬТАТЫ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ В СОЧЕТАНИИ ИНФРАРЕНАЛЬНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Восканян С.Э., Котенко К.В., Трофименко Ю.Г., Чолакян С.В., Артемьев А.И.

ФГУ «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России», Москва, Россия.

Цель – разработать показания и оценить результаты симультанных радикальных операций у больных колоректальным раком (КР) в сочетании с аневризмой брюшной аорты (АБА).

Материал и методы. Проанализирован опыт симультанных операций у 24 больных, из них больных раком прямой кишки было 9, раком левой половины ободочной кишки – 15. II тип АБА по А.В. Покровскому был у 14 больных (58,3%), III тип с поражением бифуркации аорты и подвздошных артерий – у 10 больных (41,7%). Максимальный поперечный размер АБА варьировал от 40 до 70 мм и в среднем составил 54 мм, продольный размер – от 38 до 130 мм. Всем больным раком прямой кишки и левой половины ободочной кишки по онкологическим показаниям выполнялась расширенная парааортокавальная, межаортокавальная, латероаортальная лимфаденэктомия, а у больных раком прямой кишки также подвздошно-тазовая лимфаденэктомия. 14 больным (58,3%) произведено линейное протезирование инфраренального отдела брюшной аорты, 10 пациентам (41,7%) – бифуркационное аорто-подвздошное

протезирование. Спектр операций у больных КР был представлен следующим образом: брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки – 3 больных, сфинктеросохраняющая брюшно-анальная экстирпация прямой кишки с низведением и формированием колоанального анастомоза – 3 больных, внутрибрюшная резекция прямой кишки – 3 больных, левосторонняя гемиколэктомия – 11 пациентов, расширенная резекция сигмовидной кишки – 4 больных.

Результаты. Средняя длительность операции составила 297,8±27,5 мин, средняя интраоперационная кровопотеря – 1243,0±345,6 мл. Случаев госпитальной летальности не отмечено. Общая частота послеоперационных осложнений составила 20,8%. Среди осложнений были отмечены госпитальные пневмонии и РДСВ-синдром (16,7%), абсцесс брюшной полости (4,2%), острый послеоперационный панкреатит (4,2%), неинфицированная гематома малого таза (4,2%), нагноение послеоперационной раны (8,3%). Осложнения купированы консервативными мероприятиями и малоинвазивными вмешательствами под УЗ-контролем. Средний послеоперационный койко-день составил 17,2±2,2 сут.

Заключение. Тактика лечения больных КР при наличии у них АБА остается дискуссионной. Инфраренальные АБА больших размеров несут в себе крайне высокий риск гибели больных как на госпитальном этапе, так и в раннем постгоспитальном периоде, особенно среди пациентов, которым показано выполнение расширенной забрюшинной и тазовой лимфодиссекции. Исследование демонстрирует оправданность симулированных радикальных операций при сочетании КР и АБА, которые сопровождаются хорошими непосредственными результатами и нивелируют риск гибели пациентов от разрыва аневризмы в ближайшей перспективе.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ОПУХОЛЕВОЙ ИНВАЗИЕЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ МЕЗЕНТЕРИКО-ПОРТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ВЕТВЕЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Восканян С.Э., Котенко К.В., Трофименко Ю.Г., Артемьев А.И., Забужинский Д.А., Шабалин М.В.

ФГУ «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России», Москва, Россия.

Цель – разработать высокоэффективные технологии R0-резекций местнораспространенного рака головки поджелудочной железы (МРГПЖ) с обширной опухолевой инвазией магистральных сосудов, изучить их непосредственные и отдаленные результаты.

Материал и методы. Представлен опыт 96 расширенных комбинированных панкреатодуоденальных резекций (ПДР) с резекцией и пластикой магистральных сосудов при МРГПЖ с их обширной опухолевой инвазией. Резекции магистральных вен мезентерико-портальной системы осуществлены во всех случаях «en block» в варианте R0, при этом у 66 пациентов (68,7%) они осуществлялись в условиях временного венозного байпаса. Реконструкция магистральных вен осуществлялась путем формирования анастомоза «конец в конец» (17,7%), аутовенозным протезированием (5,2%), с использованием FLL- (32,3%) или PTFE-кондуита (45,8%), реконструкция артерий производилась экстраанатомической имплантацией их в аорту (19,2%), формированием анастомоза «конец в конец» (30,7%), протезированием их аутовеной (4,5%) или PTFE-кондуитом (45,6%). Отдаленная выживаемость оценена кумулятивным методом Kaplan-Meier.

Результаты. Госпитальная летальность составила 11,5%, общая частота послеоперационных осложнений – 41,7%. Тромбозы сосудов после их реконструкции имели место у 2 больных (2,1%) и имели фатальный исход. Медиана выживаемости составила 13 месяцев, в то время как в сопоставимой группе больных МРГПЖ, которым радикальное хирургическое лечение не производилось – 1,5 месяца.

Заключение. Применение разработанного комплекса хирургических технологий позволяет добиться удовлетворительных ближайших и отдаленных результатов лечения больных МРГПЖ с обширной опухолевой инвазией магистральных сосудов.

ВЫБОР СПОСОБА РЕКОНСТРУКЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН МЕЗЕНТЕРИКО-ПОРТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В ХИРУРГИИ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Восканян С.Э., Котенко К.В., Трофименко Ю.Г., Мурзабеков М.Б., Артемьев А.И., Забужинский Д.А.

ФГУ «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России», Москва, Россия.

Цель – оценить результаты применения ПТФЭ-кондуитов при реконструкции магистральных вен мезентерико-портальной системы (МВМПС) у больных местнораспространенным раком поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. Для реконструкции МВМПС ПТФЭ-кондуиты применены у 42 больных (группа I). Группы сравнения составили больные, которым реконструкция вен осуществлялась с использованием кондуитов из фторлонлаванса – 31 больной (группа II) и аутовенозного протезирования – 6 больных (группа III).

Результаты. Средняя длительность операции в группах I, II и III составила соответственно 480,4±57,5, 498,2±55,8 и 550,2±67,2 мин., а её реконструктивного этапа – 18,6±3,6 мин, 18,2±3,1 и 36,7±5,7 мин. Величина интраоперационной кровопотери составила в группах I, II и III соответственно 520,7±70,3, 550,5±84,2 и 765,4±96,3 мл. В группах I и III ранних тромбозов кондуитов и реконструированных вен не отмечено, в группе II частота раннего тромбоза составила 6,4%, что послужило причиной смерти этих больных. Общая частота послеоперационных осложнений в группах I, II и III составила соответственно 28,6%, 51,6% и 50,0%, а госпитальная летальность – 7,1%, 19,3% и 16,7%. В группе I отмечена удовлетворительная проходимость кондуитов и реконструированных вен на всех исследованных сроках после операции, в группе II отдаленная проходимость реконструированных вен составила в сроки 6 месяцев, 1, 2 и 3 года соответственно 89,7%, 73,5%, 70,2% и 65,6%, в группе III у одного больного отмечен тромбоз аутовенозного кондуита спустя 1 год после операции в связи со сдавлением его извне в результате локализованного рецидива.

Заключение. ПТФЭ-кондуиты являются универсальным пластическим материалом, результаты применения которых при реконструкции МВМПС, позволяют уменьшить длительность реконструктивного этапа и всей операции в целом, частоту осложнений, добиться показателей ранней и отдаленной проходимости реконструированных вен сравнимой с таковыми при использовании аутовенозных кондуитов.

ТЕХНОЛОГИИ И РЕЗУЛЬТАТЫ РАСШИРЕННОЙ ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ И НЕЙРОДИССЕКЦИИ В ХИРУРГИИ ЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Восканян С.Э., Котенко К.В., Трофименко Ю.Г., Забужинский Д.А., Артемьев А.И.

ФГУ «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России», Москва, Россия.

Цель – разработать технологии расширенной лимфо- и нейродиссекции, изучить их непосредственные и отдаленные результаты в хирургии рака головки поджелудочной железы (РГПЖ).

Материал и методы. Группу I составили 64 больных РГПЖ с размером опухоли не более 4 см, отсутствием обширной ретроперитонеальной инвазии, поражения магистральных сосудов и отдаленных метастазов, которым панкреатодуоденальная резекция (ПДР) была дополнена расширенной лимфо- и нейродиссекцией по оригинальной технологии. Группу сравнения (группа II) составили сопоставимые по всем признакам 60 больных, которым при ПДР выполнялась традиционная по объему лимфаденэктомия. Отдаленная выживаемость больных прослежена через 1, 2 и 3 года при помощи метода Kaplan-Meier.

Результаты. Общая частота послеоперационных осложнений в группах I и II составила соответственно 34,4% и 28,3%, госпитальная летальность соответственно 1,6% и 1,7%. Характерными послеоперационными осложнениями в группе I были секреторная диарея и лимфорея, которые были купированы консервативными мероприятиями

и малоинвазивными процедурами. 1, 2 и 3 летняя выживаемость в группе I составила соответственно 84,4%, 68,7% и 48,4%, в то время как в группе II – 51,7%, 25,0% и 15,0% соответственно.

Заключение. Выполнение расширенной лимфаденэктомии и нейродиссекции при выполнении ПДР по поводу РППЖ хотя и приводит к некоторому увеличению частоты послеоперационных осложнений, но способствует существенному повышению отдаленной выживаемости больных, за счет значительного снижения числа локорегионарных рецидивов.

ТЕХНОЛОГИИ ВРЕМЕННОГО СОСУДИСТОГО БАЙПАСА НА ЭТАПАХ РЕЗЕКЦИИ И РЕКОНСТРУКЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН МЕЗЕНТЕРИКО-ПОРТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В ХИРУРГИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Восканян С.Э., Котенко К.В., Трофименко Ю.Г., Артемьев А.И.

ФГУ «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России», Москва, Россия.

Цель – разработать технологии временного сосудистого байпаса (ВСБ) на этапах резекции и реконструкции магистральных вен мезентерико-портальной системы (МВМПС), оценить результаты их применения.

Материал и методы. С использованием технологий ВСБ выполнено 66 ПДР, 4 дуоденопанкреатэктомии и 16 дистальных резекций поджелудочной железы (ПЖ), которые сочетались с резекцией и реконструкцией МВМПС в связи с их опухолевой инвазией. Во всех случаях использованы оригинальные технологии прямого венозного ВСБ. Применены следующие варианты ВСБ: мезентерико-портальный байпас (74,4%), бимезентерико-портальный байпас (13,9%), мезентерико-сплено-портальный байпас (11,6%). Осуществляли on-line контроль проходимости ВСБ и регистрация объемной скорости кровотока по обходу при помощи ультразвуковой флоуметрии. Длительность ВСБ составила 88,6±30,3 мин (от 28 до 172 минут).

Результаты. Применение технологий ВСБ позволило во всех случаях добиться необходимого лимита времени для резекции местнораспространенных опухолей ПЖ в сочетании с резекцией сосудов “en block” и последующей их реконструкции, в том числе при необходимости выполнения мультивазкулярных вмешательств. Технологии ВСБ позволили избежать венозного мезентериального тромбоза, а также тяжелой печеночной недостаточности вследствие длительного пережатия воротной вены. При этом послеоперационное транзитное повышение трансаминаз прямо коррелировало с длительностью байпаса. Случаев тромбоза системы байпаса не отмечено.

ОБОСНОВАНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ РАСШИРЕННЫХ ЛИМФОДИССЕКЦИЙ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ.

Гатауллин И.Г., Тихонов А.И.

ГОУ ДПО КГМА,
Казань, Россия.

Выявление клинико-иммуноморфологических закономерностей регионарного метастазирования и разработка на основе них показаний к расширенной лимфаденэктомии представляется весьма актуальной проблемой.

Цель исследования: Улучшение отдаленных результатов лечения больных раком прямой кишки.

Материалы и методы. Основную группу составили 148 больных, которым в объеме комбинированного лечения было выполнено оперативное вмешательство, дополненное расширенной лимфаденэктомией. Контрольную группу - 168 пациентов - составили больные, которым были выполнены стандартные оперативные вмешательства. Для изучения иммуногистохимических характеристик опухолевой ткани использовали широкий набор моноклональных антител.

Результаты. На основании клинико-иммуноморфологических исследований разработаны показания к расширенной лимфодиссекции при раке прямой кишки. Показаниями при отсутствии поражения лимфатических узлов являются - локализация опухоли в средне- и нижеампулярных отделах прямой кишки, опухоли в стадии T3 и T4, эндифитный тип роста опухоли, низкодифференцированные и муцинозные аденокарциномы, размеры опухоли свыше 5 см2, иммуноморфологический фенотип опухоли, характеризующийся положительной реакцией на цитокератин-7 и HER-2/neu, а так же низкой экспрессией bcl-2 и ki-67. Дополнение радикальных операций расширенной лимфаденэктомией не влияет на характер и число послеоперационных осложнений. У больных с опухолями T1-4N0M0 трехлетняя выживаемость в основной группе составила 76.9±3.8% , а в контрольной - 65.4±4.3% (p<0.05). У больных со стадией опухолевого процесса T1-4N1-2M0. трехлетняя выживаемость в основной группе составила 55.6±9.3, а в контрольной группе - 33.3±8.1 (p<0.05). Приведенная зависимость является высоко достоверной (p=0.0004) и обладает хорошо выраженной корреляцией (r=0.672 при p=0.0001).

Заключение. Отмечено достоверное улучшение отдаленных результатов лечения больных при выполнении расширенной лимфаденэктомии как с наличием, так и без метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

ОПЕРАЦИИ НА ПЕЧЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДЕКТРУКТОРА

Грицаев Е.И., Левичкин В.Д., Кузнецов А.А., Вербицкий И.А., Головин И.С., Потемин С.Н.

Клинический онкологический диспансер №1.
Краснодар, Россия

Операции на печени всегда сопровождалась большой кровопотерей. С появлением новых технологий и методик возможности хирургического лечения опухолей печени расширились.

Цель работы: улучшение результатов хирургического лечения больных с патологией печени путем применения современных методик и технологий.

Пациенты и методы: за период с 2007 по 2009 годы 42 пациента лечились в гастроэнтерологическом отделении диспансера по поводу патологии печени. Средний возраст больных составил 62,8±10,5 лет, 16 (38,1%) женщин, 26 (61,9%) мужчин. Больных с метастатическими поражениями печени было 32, с первичным поражением печени - 5 (11,9%) и у 5 пациентов была гемангиома. По морфологическим данным в 29 случаях имелась низко и умеренно дифференцированная аденокарцинома, в 5 случаях гепатоцеллюлярный рак. 34 операции произведены в объеме левосторонней и сегментарных резекций печени, 8 в объеме правосторонней гемигепатэктомии. Операции проводились с использованием ультразвукового деструктора, биоплярного электрокоагулятора. Использовались гемостатические пластины.

Полученные результаты: длительность правосторонней гемигепатэктомии составляла в среднем 3 часа 50 минут. С применением современных методик и оборудования, интраоперационную кровопотерю удалось уменьшить до 500 мл. Средний срок послеоперационного пребывания больных составил 13,1±3,1 дней. Релапаротомий не было. Одна пациентка умерла на 12 сутки после операции от тромбоза легочной артерии, летальность составила 2,3%.

Вывод: при выполнении правосторонней гемигепатэктомии с применением современных методик и оборудования, удалось значительно улучшить ближайшие результаты оперативного лечения пациентов с хирургической патологией печени.

**ПРОГРАММА «БЕСКРОВНАЯ ХИРУРГИЯ» В ОНКОЛОГИИ.
10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ.**

Домрачев С.А., Сукач С.Е.

Институт повышения квалификации ФМБА,
Москва.
Городская больница № 1,
Норильск

Задача исследования. Разработать и внедрить комплекс мероприятий, позволяющих выполнять комбинированные и расширенные операции у онкобольных, используя аутоплазму и аутокровь и отказаться от переливания компонентов донорской крови (КДК).

Материал и методы. Разработанная программа кровесбережения включает предоперационную заготовку аутоплазмы, коррекцию анемии (в ряде случаев с применением эритропоэтина), нутритивную поддержку, выполнение операции в условиях интраоперационной нормоволемической гемодилюции с эксфузией аутокрови и поэтапный возврат резервированных компонентов аутокрови. Эту программу мы применили у 172 больных, которых оперировали без применения КДК (группа 1) и сравнили с результатами операций у 110 больных (группа 2), которым переливали КДК для возмещения кровопотери. Указанные группы больных были сравнимы по полу, возрасту и нозологиям. Аутоплазму заготавливали методом дискретного гравитационного плазмафереза в предоперационном периоде у всех больных 1 группы. Аутодонорский плазмаферез проводили не менее чем за 3 дня до операции. За один сеанс заготавливали от 250 до 900 мл аутоплазмы, при двукратном плазмаферезе от 1100 до 1600 мл. Интервал между процедурами составлял не менее 3 дней. У 17 больных первой группы с исходной анемией (Hb 80-110г/л) для ее коррекции использовали эритропоэтин (РчЭПО) и препараты железа. Нутритивную поддержку, которая включала энтеральное и парэнтеральное введение нутриентов, проводили у 128 больных 1 группы и у 68 – второй группы. Острую нормоволемическую гемодилюцию, при исходном Hb не менее 110г/л, с эксфузией цельной аутокрови (от 250 до 1100 мл, в среднем 634 ± 221) выполнили перед кожным разрезом у 117 больных. Показанием к выполнению острой нормоволемической гемодилюции считали предполагаемую кровопотерю более 750 мл (>15% ОЦК), а у больных после коррекции анемии или с предоперационным уровнем Hb 110-120г/л – кровопотерю более 500мл (>10% ОЦК).

В ходе операции переливали аутоплазму, и в конце операции – аутокровь. Аутоплазму переливали также в послеоперационном периоде. У больных раком пищевода выполняли резекцию или экстирпацию пищевода с одномоментной пластикой (у 21 больных первой группы и у 11 – второй), при раке желудка расширенную и комбинированную гастрэктомию или резекцию желудка с лимфодиссекцией D2 и D3 (у 45 и 44 больных соответственно), при колоректальном раке гемиколэктомии (25 и 14), резекцию или экстирпацию прямой кишки (у 27 и 19), панкреатодуоденальную и дистальные резекции поджелудочной железы (у 8 и 2), резекцию печени и гемигепатэктомию (у 7 и 5) пневмонию и лобэктомию при раке легкого (22 и 8) и нефрэктомию при раке почки у 11 и 5 больных. Различные другие операции были выполнены у 6 больных группы 1 и у 4 пациентов группы 2. Операционная кровопотеря в первой группе была от 300 до 2200 мл (от 10 до 35% ОЦК) и во второй от 300 до 2150 мл (от 9 до 33,5% ОЦК) и в среднем составила 853 ± 439 и 771 ± 378 мл соответственно.

Результаты. После операции в первой группе умерли 8(4,7%) больных и 5(4,5%) больных во второй группе. Различные послеоперационные осложнения возникли у 31 (18%) больных первой группы и у 28 (25,5%) второй. Показатели уровней Hb и Ht, а также показатели коагулограммы в интра- и послеоперационном периоде у больных обеих групп были сравнимы.

Выводы. Применение указанной программы кровесбережения позволяет отказаться от переливания КДК при кровопотере до 35% ОЦК и снизить количество послеоперационных осложнений.

**ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА И
КОРРЕКЦИЯ ИММУНОСУПРЕССИИ
НА ЭТАПАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.**

Донскова Ю.С., Немцова Е.Р.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Росмедтехнологий»

Цель. Периоперационная профилактика и коррекция (ППК) нарушений гомеостаза с помощью комплексной иммуномодулирующей, антиоксидантной и нутритивной терапии.

Материалы и методы. Исследования проведены у 50 больных, перенесших онкологические операции орофациальной зоны без ППК (n=30 – гр. 1), с ППК (n=20 – гр.2). Пациентам гр.2 за 7 сут до операции назначали нутритивную поддержку (нутридринк 1-2 фл/сут, нутризон) и ППК (α-токоферол 1,2 г/сут, аскорбиновая к-та 1000 мг/сут, актовегин 160 мг/сут, галавит 100 мг/сут) и продолжали в течение 5-7 сут п/о. В п/о периоде в/в капельно вводили ЦП 500 мг и лапрот 50 мг в течение 3-7 дней.

Результаты. Исходно у всех больных отмечали иммуносупрессию, дисбаланс между звеньями иммунной системы (ИС). Изменения окислительно-антиокислительной системы (ОАС) свидетельствовали о напряжении антиокислительного звена: снижение АК и повышение уровня ЛФ. В 1 сут п/о у больных обеих групп отмечали снижение уровня Т-лимфоцитов (CD3+, CD4+), активацию процессов ПОЛ, дальнейшее снижение АК и уровня ЛФ. Такие сдвиги расценивали как адекватную реакцию ИС и АОС на хирургическую агрессию. Восстановление исходных показателей у больных гр.1 началось только к 10-12 суткам. Клинически это совпадало с заживлением операционной раны. У пациентов гр.2 нормализация показателей начиналась с 5 сут, и к 10-12 сут достигала исходных величин, что указывает на своевременное восстановление активности ИС; уровни МДА, АК и ЛФ свидетельствуют об эффективности заместительной антиоксидантной терапии. Процент гнойно-воспалительных реакций составил в группе сравнения -13,3% (4), в основной группе – 5% (1).

Заключение. Применение ППК с нутритивной поддержкой, препаратами галавит, церулоплазмин и лапрот стабилизирует работу ИС и АОС и улучшает результаты комбинированного лечения.

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ
МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА
ЖЕЛУДКА**

Думанский Ю.В. , Балашова О.И., Власенко Д.Л., Хоменко А.В.*

Днепропетровский областной онкологический диспансер,
Днепропетровск, Украина
*Донецкий противопухольевый центр,
Донецк, Украина

Целью исследования является оценка эффективности и сравнение результатов комбинированного и хирургического лечения рака дистального отдела желудка.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включено 345 больных раком дистального отдела желудка. 91 пациент (основная группа) с $T_3N_+M_0$ и $T_4N_+M_0$ опухолями облучались в режиме среднего фракционирования дозы до СОД≈40-43 Гр (ВДФ) с последующим оперативным вмешательством. Остальным 254 пациентам (контрольная группа) проводилось только хирургическое лечение. В структуре обеих групп достоверных различий по стадиям не отмечалось.

Результаты. Проведение лучевой терапии позволило достоверно улучшить показатели медианы выживаемости (85 мес. против 62 мес., $p < 0,05$) а также значимо улучшить показатели 5^й летней выживаемости (66,7% против 53% в основной и контрольной группах соответственно, $p = 0,27$) при опухолях pT_{1-2} . При pT_3 опухолях, отмечается достоверное улучшение как медианы выживаемости (29мес. против 16мес.) в основной группе, так и показателей 3^х (46,5% и 17,1%) и 5^й (32,6% и 7,7%) летней выживаемости ($p < 0,05$). При pN_1 процессах наблюдается улучшение показателя 3^х летней выживаемости в основной группе

(18,2% в сравнении с 13,6%). При pN₀ опухолевых процессах отмечается достоверное улучшение медианы выживаемости в основной группе

(81 мес. против 58 мес., $p < 0,05$). У пациентов II стадии в основной группе медиана выживаемости составила 70 мес. против 39 мес. в контрольной, 3^х летняя выживаемость 77,8% против 54,1%, 5^х летняя выживаемость 63,2% и 37,8% соответственно. Во всех случаях различия статистически достоверны ($p < 0,006-0,102$). При III стадии в основной группе медиана выживаемости составила 18мес. против 15мес. в контрольной, 3^х летняя выживаемость 29,2% и 9,2%, 5^х летняя выживаемость 12,5% и 2,3% соответственно. Различия кривых выживаемости статистически достоверны ($p < 0,008-0,277$).

Выводы. Преоперационная лучевая терапия при раке дистального отдела желудка - эффективный метод лечения, который позволяет достоверно улучшить показатели выживаемости при II и III стадиях заболевания.

Ключевые слова. Рак желудка, лучевая терапия, оперативное лечение, отдаленные результаты.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕРАПИИ РАННИХ, МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ И ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ижанов М.Т., Кулакеев О.К., Мадалиходжаев Р.С.

Кафедра хирургических болезней №2 МКТУ, Шымкент, Казахстан

Рак молочной железы наиболее частая форма рака у женщин, и в ближайшие 10 лет ожидается, что этим заболеванием будут страдать около 5млн. женщин в мире. (В.И. Тарутинов 2008г.) В Республике Казахстан это форма опухоли находится на первом месте в структуре заболеваемости у женщин (19,1%), а частота ее неизменно растет.

Цель работы: на основе изучения отдаленных результатов лечения рака молочной железы в зависимости от стадии предложить в практику наиболее эффективные методы лечебных воздействий.

Материалы и методы исследования: Нами ретроспективно прослежена пятилетняя выживаемость 1047 больных раком молочной железы, леченных только операцией (425), комбинированным (38), комплексным (584) способами. Хирургическое лечение было различным по объему: радикальная резекция по Блохину, радикальная мастэктомия по Маддену, по Холстеду.

Результаты: На эффективность методов проведенного лечения при раке молочной железы оказывали следующие факторы: Размеры опухоли и ее взаимоотношение с окружающими тканями молочной железы Морфология и степень злокачественности опухоли Возраст и состояние иммунитета организма больных. Чувствительность опухоли к лучевой терапии, а также к химиотерапии.

Выводы: При раннем раке (T1N0M0) эффективным способом лечения является хирургический (секторальная резекция с диссекцией подмышечных лимфоузлов). Пятилетняя выживаемость (90%). При IIa-IIb лучший лечебный эффект был достигнут при комплексной терапии (PMЭ+хлтерапия+ ллтерапия). Более 5ти лет живут 75-80% при IIa стадии и 70-75% при IIb стадии. При III-IV стадии лучший эффект был после НАПХТ 4-6 курсов в комбинации с лучевой и гормоно терапией + PMЭ по Холстеду Пятилетняя выживаемость составила (58-65%).

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ МЕТАСТАЗОВ ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Каганов О.И., Козлов С.В., Белоконов В.И.

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Задача исследования. Оценка трехлетних результатов применения метода радиочастотной абляции (РЧА) в лечении колоректальных метастазов (mts) печени.

Материал и методы. На базе ГУЗ СОКОД за период 2006-08 гг проведено лечение 121 больных с mts колоректального рака с применением

метода РЧА. РЧА проводилось как чрескожно (67 больных), так и при проведении операций с одномоментным удалением первичной опухоли толстой кишки (54 больных). Всего проведено РЧА 376 mts печени. Среднее значение суммы максимальных диаметров выявленных метастазов составило $7,15 \pm 2,28$ см, число mts при проведении РЧА составило $3,11 \pm 1,04$. Поражение правой доли печени было выявлено у 10 больных (8,3%), поражение левой доли печени у 6 пациентов (4,9%), билобарное поражение печени у 105 больных (86,8%). Период наблюдения больных составил три года. Все больные в послеоперационном периоде получали химиотерапию.

Результаты. Послеоперационные осложнения в исследуемой группе составили 7,4%. Послеоперационная летальность 0,8%. Рецидивы в области РЧА воздействия за три года наблюдения были выявлены у 13% больных, прогрессия процесса в виде появления новых mts у 43% больных: mts печени диагностированы у 22 больных, mts в легкие - у 13, mts в забрюшинные л/у - 17, mts поражение брюшины - 12, mts в почку у 3 пациентов. Выживаемость по годам: через 1 год - 88%, через 2 года - 57%, через 3 года - 47%. Медиана выживаемости составила 29 месяцев.

Выводы. Метод РЧА колоректальных mts печени сопровождается малым процентом послеоперационных осложнений и летальности, при показателе трехлетней выживаемости 47%, что позволяет рекомендовать РЧА, как операцию выбора в лечении данной группы больных.

ВОЗМОЖНОСТИ ОНКОМАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ

Каганов О.И., Козлов С.В., Торопова Н.Е.

ГУЗ Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара, Россия

Цель исследования: изучение зависимости показателей онкомаркеров (ОМ) от степени распространенности метастатического поражения печени при колоректальном раке.

Материалы и методы. В программу исследования вошли 60 больных с диагнозом колоректальный рак. Прогрессия процесса в виде метастатического поражения печени в данной группе больных была выявлена в среднем через $15,18 \pm 6,09$ месяцев после удаления опухоли толстой кишки. Всем пациентам в сыворотке крови определяли концентрацию РЭА, СА19-9, СА242 методом иммунохемилюминесцентного анализа с использованием анализатора Immulite 2000 (DPC, США).

Результаты. В группе больных, у которых было выявлено до 3 метастазов (mts) в печени, показатели РЭА составили $69,37 \pm 59,49$ нг/мл, СА 19-9 $142,21 \pm 105,21$ Е/мл, СА242 $142,53 \pm 105,19$ Е/мл, в группе пациентов имевших 4-5 mts значения ОМ были выше: РЭА $88,89 \pm 78,30$ нг/мл, СА 19-9 $163,71 \pm 73,37$ Е/мл, СА 242 $180,87 \pm 104,70$ Е/мл ($p = 0,05$, $p = 0,12$, $p = 0,05$ соответственно). В группе больных с суммой максимальных размеров выявленных mts до 7 см показатель РЭА составил $57,08 \pm 39,12$ нг/мл, СА 19-9 $115,29 \pm 96,64$ Е/мл, СА 242 $126,46 \pm 83,47$ Е/мл, а в группе пациентов с суммой максимальных размеров выявленных mts более 7 см показатели ОМ были значимо выше: РЭА $99,43 \pm 81,45$ нг/мл, СА 19-9 $176,65 \pm 75,03$, СА 242 $191,45 \pm 111,81$ Е/мл ($p = 0,03$, $p = 0,01$, $p = 0,01$ соответственно).

Заключение. Проведенные исследования показали, что у больных с наличием до 3 колоректальных mts в печени и с суммой максимальных размеров до 7 см средние показатели РЭА, СА19-9, СА242 были значимо ниже, чем у больных, имевших более 3 mts, с суммой максимальных размеров более 7 см.

РЕЗЕКЦИИ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАДИОЧАСТОТНОЙ АППАРАТУРЫ.

Кашников В.Н., Шельгин Ю.А., Рыбаков Е.Г., Лавриненко А.В.

ФГУ «ГНЦ Колопроктологии»
г. Москва

Актуальность. Резекция печени – единственный метод радикального лечения при метастазах колоректального рака (КРР). Резекции печени сопряжены с кровопотерей и высоким уровнем послеоперационных осложнений, что является лимитирующим фактором для такого рода операций. С целью оценки непосредственных и отдаленных результатов атипичной резекции изолированных метастазов КРР в печени с применением радиочастотной аппаратуры предпринято проспективное исследование.

Материалы и методы. С декабря 2006г. по март 2010г. 49 больным с изолированными метастазами КРР в печень произведена атипичная резекция печени, с использованием радиочастотного генератора RITA-1500X оснащенного электродом Habib Sealer 4x. Средний возраст больных составил 56±10,0 лет (29-76); соотношение мужчины/женщины - 29/20. У 32(65,3%) пациентов первичная опухоль располагалась в прямой кишке, у 17(34,7%) – в ободочной. Синхронные резекции выполнены в 39 случаях, метасинхронные – в 10. Всем пациентам в послеоперационном периоде проводилась системная химиотерапия XELOX.

Результаты. Максимальный размер удаленных метастазов 6,0 см, медиана 2,2 см. Общее количество резецированных метастазов – 86. Всем пациентам с синхронными метастазами произведено R0 удаление первичной опухоли. Медиана кровопотери на этапе резекции печени составила 45±64 мл. Минимальная граница резекции – 0,9(0,5-1,6) см. Послеоперационной 30 дневной летальности не было. Послеоперационные осложнения возникли у 3 (6,1%) пациентов. В одном наблюдении (симультантная резекция печени) развилась билема, в двух других (отсроченные резекции печени) возникли поддиафрагмальный абсцесс и гематома в области резекции печени.

Пациенты прослежены в сроки от 1 до 36 месяцев, медиана - 18,0 мес. За время наблюдения 9 пациентов погибло от прогрессирования заболевания, при этом данных за рецидив в зоне резекции не было. Остальные пациенты живы без признаков заболевания.

Заключение. Метод атипичной радиочастотной резекции печени обеспечивает низкий уровень периоперационных осложнений и кровопотери у больных с изолированными метастазами КРР в печень и может быть применен как синхронное вмешательство у отобранных пациентов.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГАСТРОСТОМИЯ У ПАЦИЕНТОВ РАКОМ ПИЩЕВОДА

Корняк Б.С., Ткачев П.В., Бабаев Р.С., Фильчев М.И.

ГКБ 40,
Москва, Россия

Цель исследования: улучшение результатов лечения и качества жизни больных раком пищевода.

Материалы и методы: ежегодно в отделение госпитализируется 27-30 пациентов раком пищевода, осложненным дисфагией (Зст), а также распространенностью процесса. В большинстве случаев этим больным отказано в выполнении радикального вмешательства. В связи с этим, целью госпитализации является формирование гастростомы. В ГКБ 40 г. Москвы, с 2007 года используется новый метод формирования гастростомы у больных раком пищевода. На лечении находилось 85 больных раком пищевода, в возрасте от 50 до 84 лет (72±5,3г.), все пациенты были мужчины. Диагноз установлен на основании эндоскопического и рентгенологического метода исследования, во всех наблюдениях диагноз верифицирован морфологически. В срочном порядке госпитализировано 64 человек, в плановом – 21 (ранее этим больным отказано в стентировании или реканализации). Больные госпитализированы в крайней степени опухолевой и алиментарной кахексии. Все пациенты

оперированы.

Пациенты разделены на две группы, основная – 31 больной (операция выполнялась лапароскопически) и группа сравнения – 54 человека. Больные сопоставимы по полу, возрасту, срокам заболевания, а также тяжести анестезиологического пособия. Однако, пациенты обеих групп оказались не сопоставимы по локализации и распространенности опухолевого процесса. Так, в основной группе (n=31) отсутствовали больные с проксимальным поражением пищевода и пациенты с эзофаготрахеальными и бронхиальными свищами. В группе сравнения (n=54) больных с проксимальным поражением пищевода было 8(14,8%), а опухоль, осложненная различными пульмональными свищами диагностирована у 9(16,6%) пациентов. Эти 17 больных исключены из исследования.

Техника операции – в окопупучной области иглой Вереш накладывается пневмоперитонеум, вводится 10 мм троакар, лапароскоп. Выполняется ревизия органов брюшной полости. Проекционно, над наиболее подвижной частью дна-тела желудка вводится 10 троакар, мягкий эндоскопический зажим (типа Бэбкокк), захватывается передняя стенка желудка, которая выводится на переднюю брюшную стенку. Накладываются два кисетных шва, через гастротомическое отверстие вводится катетер Пещер. Передняя стенка желудка фиксируется к брюшине. Эта стандартизированная и унифицированная техника использована нами у 31 больного основной группы, оперативные вмешательства выполнялись двумя хирургами. У пациентов группы сравнения (n=34) выполнена традиционная, открытая операция – гастростомия по методу Кадер, с использованием местной (n=29) или общей (n=5) анестезии.

Результаты: представленная техника операции применена у 31 пациентов. Ни у одного больного необходимости в выполнении лапаротомии (конверсии) не потребовалось. В 4 наблюдениях возникла необходимость в проведении управляемого пневмоперитонеума (8-10 мм рт ст). Время операции составило от 15 до 35 мин (в среднем – 22±5,4 мин). Интраоперационных осложнений не выявлено. С операционной больные доставлялись в палату пробуждения, а затем в профильное отделение. Назначения наркотических препаратов в раннем послеоперационном периоде не потребовалось, спустя 3-5 часа после операции больные активизированы, самостоятельно передвигались по палате. Ранние послеоперационные осложнения диагностированы у 1(3,2%) человека – миграция гастротомической трубки, осложнение устранено. Выписка пациентов из стационара осуществлялась на 2-е сутки с рекомендациями дальнейшего наблюдения у специалистов. Средний койко-день составил 4±2,3 дня. Летальных исходов в этой группе больных не отмечено. В группе сравнения (n=34) время традиционной операции составило от 40 до 75 мин. (в среднем – 58±10,2 мин.), интраоперационных осложнений также как и у больных основной группы не отмечено. Применение наркотических анальгетиков в раннем послеоперационном периоде потребовалось у всех пациентов, оперированных открытым способом. Сроки активизации – спустя 12-20 часов после операции, а ранние послеоперационные осложнения отмечены у 6(17,6%) больных этой группы. Среди осложнений диагностированы: нагноение послеоперационной раны (5), миграция гастротомической трубки с формированием наружного желудочного свища (2), ТЭЛА (1), острый инфаркт миокарда (1). Послеоперационная летальность составила – 5(14,7%), койко-день – от 11 до 28 (в среднем – 18,6).

Таблица. Сравнительная оценка лапароскопических и открытых гастростомий:

| Параметры | Лапароскопическая операция (n=31) | Традиционная операция (n=34) |
|-------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| Время операции (мин) | 15-35 (22±5,4) | 40-75 (58±10,2) |
| Наркотические анальгетики | нет | 34 |
| Сроки активизации (часы) | 3-5 | 12-20 |
| Послеоперационные осложнения | 1(3,2%) | 6(17,6%) |
| Послеоперационная летальность | 0 | 5(14,7%) |
| Койко - день | 3-5 (ср.4,2) | 11-28 (ср.18,6) |

Заключение. Таким образом, применение миниинвазивных технологий у пациентов раком пищевода в значительной степени снижает экономические затраты на лечение, обладает всеми преимуществами лапароскопических вмешательств на органах брюшной полости.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОЛОСТОМИЯ У ПАЦИЕНТОК РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ И РЕКТОВАГИНАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ

Корняк Б.С., Ткачев П.В., Бабаев Р.С., Фильчев М.И.,

ГКБ 40,
Москва, Россия

Цель исследования: улучшение качества жизни больных раком шейки матки и ректовагинальными свищами после лучевой терапии.

Материалы и методы: в ГКБ 40 г. Москвы, с ноября 2008 по февраль 2010 года с целью отключения дистальных отделов толстой кишки у пациенток с ректо-вагинальными свищами используется новый метод формирования колостомы. На лечении находилось 11 больных раком шейки матки, которые перенесли различные виды оперативных вмешательств, дополненные лучевой терапией. Возраст от 27 до 72 лет (средний возраст - 42±7,2 года). Диагноз верифицирован морфологически. Пациентки госпитализированы в плановом порядке для хирургического лечения – отключение дистальных отделов толстой кишки.

Техника операции – за 20 мин. до операции в/м вводился антибиотик (Цефазолин 2г.), в окопупочной области иглой Вереш накладывается пневмоперитонеум, вводится 10 мм троакар, лапароскоп. Выполняется ревизия органов брюшной полости. Проекционно, над наиболее подвижной частью ободочной кишки вводится 10 троакар, мягкий эндоскопический зажим (типа Бэбокк), захватывается стенка ободочной кишки. После формирования «окна» в брыжейке, аппаратом эндо-GIA кишка пересекается, дистальный отдел остается в брюшной полости, а проксимальный - выводится на переднюю брюшную стенку и формируется одностольная стома.

Результаты: представленная техника операции использована у 11 пациенток. Ни у одной больной необходимости в выполнении лапаротомии (конверсии) не потребовалось. В 6 наблюдениях сформирована сигмостома, а у 5 – трансверзостома. Лапароскопический адгезиолизис выполнен у 8 человек (ранее перенесенные операции). Открытый способ введения первого троакара использован у 9 из 11 пациенток. Время операции составило от 25 до 80 мин. Интраоперационных осложнений не отмечено. Назначения наркотических препаратов и антибиотикотерапии в раннем послеоперационном периоде не потребовалось, через 4-8 часов больные активизированы. В раннем послеоперационном периоде осложнений не диагностировано. Пареза кишечника не отмечено ни у одной больной, колостома вскрывалась на 2-й день после операции. Выписка пациентов из стационара осуществлялась на 3-4-е сутки. Отдаленные результаты лечения прослежены у всех оперированных пациенток (сроки от 48 до 3 месяцев). Полное самостоятельное заживление ректовагинального свища удалось добиться у 9 из 11 человек. В одном наблюдении свищ закрылся после хирургического лечения – пластика ректовагинальной перегородки, а еще у 1 пациентки сроки после перенесенной операции не превысили 2 мес. (сохраняются патологические выделения из влагалища).

Заключение. Применение лапароскопической техники отключения дистальных отделов толстой кишки позволила избежать характерных для открытой операции гнойных осложнений, а также в значительной степени улучшить качество жизни оперированных больных.

РАДИОЧАСТОТНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Корняк Б.С., Ткачев П.В., Попов Ю.П., Фильчев М.И., Бабаев Р.С.

ГКБ 40,
Москва, Россия.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с метастазами колоректального рака.

Материалы и методы: на кафедре госпитальной хирургии МГМСУ, ГКБ 40 г. Москвы, с 2009 года на лечении находилось 6 больных с метастазами колоректального рака, возраст от 53 до 74 лет (62±3,1 г), женщин – 4, мужчин – 2 человек. Ранее больные оперированы: резекции сигмовидной кишки по типу операции Гартамана выполнена – у 4,

у 1 – сформирована двустольная трансверзостома, в 1 – левосторонняя гемиколэктомия. Сроки перенесенных вмешательств составили от 9 до 14 месяцев. У одной больной интраоперационно диагностированы метастазы опухоли в печень. В других наблюдениях – метастазы колоректального рака выявлены через 6 и более месяцев после операции. РЧА выполнялась аппаратом Cool-tip. Все пациентки оперированы, у 3 выполнена изолированная РЧА очагов правой и левой доли печени (от 3 до 5 образований). Различные виды резекции печени, дополненные РЧА метастазов – у 2 больных и диагностическая лапаротомия – у 1 пациента. Среди 3 пациентов с изолированной РЧА метастазов колоректального рака печени выявлено билобарное поражение, количество узлов составило от 3 до 5, размерами от 2,4 до 5 см в диаметре. Резекции печени, дополненные РЧА, проведены у 2 пациенток. В одном наблюдении выполнена резекция 2 и 3 сегментов, во втором случае – комбинированная резекция 7 сегмента, резекция правого купола диафрагмы.

Результаты: в проведенном исследовании интраоперационных осложнений не отмечено. Резекция печени с использованием аппарата Cool-tip значительно снизила интраоперационную кровопотерю (не превышала 200мл). Дополнительные методов гемостаза по резецированной паренхиме не потребовалось. В раннем послеоперационном периоде лишь у одной больной возникла необходимость в двукратной пункции плевральной полости. Незначительное повышение цифр билирубина отмечено также у одной пациентки.

Табл. Характеристика больных, результаты лечения.

| № | пол/возр | операция | Сроки мтс | Химио-терапия | Кол-во мтс | Размер (см) | РЧА | РЧА+рез-я |
|----|----------|----------|----------------------|---------------|------------|-------------|-----|------------------------------|
| 1 | Ж 53 | Гартман | 6мес. (СКТ) | + | n=3 | До 3 | + | - |
| 2 | Ж 67 | Гартман | 8мес. (УЗИ,СКТ) | + | n=5 | До 3 | + | - |
| 3 | Ж 63 | Гартман | 9мес. (УЗИ) | + | n=5 | 3-5 | + | - |
| 4 | Ж 74 | Стома | и/о | - | n=3 | 3-7 | +5с | Рез-я 2-3с |
| 5* | М 58 | ЛГКЭ** | 7мес. (УЗИ, маркеры) | - | n=6 | 3-6 | - | - |
| 6 | М 65 | Гартман | 9мес. (УЗИ,СКТ) | + | n=3 | 4-6 | +3с | Рез-я 7с с куполом диафрагмы |

* генерализация процесса

** левосторонняя гемиколэктомия

Заключение. Таким образом, применение современного метода РЧА при метастатических образований печени является альтернативой резекции печени и свидетельствует о высокой эффективности. Использование РЧА становится наиболее актуальным при билобарных метастазах, а также у пациентов с высоким операционным риском.

ЭКЗОКРИННАЯ И ЭНДОКРИННАЯ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СТАНДАРТНОЙ И ПИЛОРОСОХРАНЯЮЩЕЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Коханенко Н.Ю., Павелец К.В., Аняньев Н.В., Бернштейн М.А., Борисова Н.Ю.

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, кафедра факультетской хирургии имени проф. А.А. Русанова, Санкт-Петербург, Россия

Материалы и методы: исследованы 52 больных, которым была выполнена панкреатодуоденальная резекция (ПДР): в варианте (гастро-) ПДР – 36 больных (1 группа), ПДР с сохранением привратника и желчного пузыря (ПСПДР) перенесли 16 пациентов (2 группа).

Все пациенты были обследованы в сроки от 1 месяца до 16 лет после операции. Определяли концентрацию глюкозы в крови натощак, колебания уровня глюкозы в течение суток, в некоторых случаях глюкозотолерантный тест. Для оценки экзокринной функции ПЖ применяли копрологическое исследование и оценку уровня панкреатического эластазы 1 (Е1) в кале.

Результаты: изучение углеводного обмена (не включая тех больных,

у которых сахарный диабет выявлялся до оперативного вмешательства) показало, что впервые выявленный сахарный диабет диагностирован у 3(8,3%) пациентов после ГПДР и 3 (18,7%) больных после ПСПДР – однако различия недостоверны ($p>0,05$). Нарушенная толерантность к глюкозе определена у 2(5,5%) пациентов, перенесших ГПДР и 2 (12,5%) больных после ПСПДР ($p>0,05$).

Показатели экзокринной функции ПЖ в обеих группах улучшаются с увеличением времени, прошедшего после операции. Если в сроки наблюдения до 6 месяцев после оперативного вмешательства выраженные изменения копрограммы (стеаторея, креаторея, амилорея) наблюдались у 7(50,0%) пациентов группы ГПДР и 1(20,0%) пациентов ПСПДР, то в сроки от 6 месяцев до 1 года этот показатель ниже –3(12,0%) после ГПДР и 1(16,7%) после ПСПДР. После года, прошедшего со времени операции, ни в одной из групп мы не выявляли случаев значительных изменений в копрограмме. При исследовании копрограммы в сроки до 6 месяцев после операции нормальные показатели копрограммы отмечены у 1(7,2%) и 1(20,0%) пациентов групп ГПДР и ПСПДР ($p>0,05$). В сроки от 6 до 12 месяцев наблюдения нормальная копрограмма зарегистрирована уже чаще – у 9(36,0%) пациентов после ГПДР и 2(33,3%) после ПСПДР ($p>0,05$). В отдаленные сроки наблюдения не измененная копрограмма была выявлена у 16(69,6%) пациентов после ГПДР и 4(80,0%) после ПСПДР ($p>0,05$).

Определение уровня панкреатической эластазы 1 выполняли в различные сроки после операции 29 больным, перенесшим ГПДР и 13 больным, перенесшим ПСПДР. В сроки до года после перенесенной операции у большинства больных отмечался низкий уровень E1 – 6 (60,0%) из группы ГПДР, и – 2 (66,7%) из группы ПСПДР ($p>0,05$). Нормальные значения E1 зарегистрированы у незначительного количества пациентов: 2 (20,0%) из группы ГПДР и ни у одного больного группы ПСПДР. У пациентов, обследованных спустя год и более после перенесенного оперативного вмешательства, определялось восстановление экзокринной функции поджелудочной железы: уже у 14(73,8%) больных уровень E1 был нормальным в группе ГПДР, также в группе ПСПДР нормальные показатели получены у 8(80,0%) больных, различия статистически недостоверны ($p>0,05$). Выраженная панкреатическая недостаточность сохранялась у 2(10,5%) пациентов группы ГПДР и 2(20,0%) больных группы ПСПДР.

Заключение: Таким образом, экзокринная функция оставшейся части поджелудочной железы у большинства больных компенсирована уже через год после ПДР. При этом не выявлено существенных отличий между классической операцией Уиппла (ГПДР) и ПДР с сохранением привратника.

РЕЗУЛЬТАТЫ АППАРАТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЖЕЛУДКА ПРИ СТАНДАРТНОЙ И ПИЛОРОСОХРАНЯЮЩЕЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Коханенко Н.Ю., Павелец К.В., Ананьев Н.В., Бернштейн М.А., Борисова Н.Ю.

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, кафедра факультетской хирургии имени проф. А.А. Русанова, Санкт-Петербург, Россия

Материалы и методы: исследованы 52 больных, которым была выполнена панкреатодуоденальная резекция (ПДР): в варианте (гастро-) ГПДР – 36 больных (1 группа), ПДР с сохранением привратника и желчного пузыря (ПСПДР) перенесли 16 пациентов (2 группа).

Все пациенты были обследованы в сроки от 1 месяца до 16 лет после операции, им выполняли фиброгастроскопию (ФГДС) с биопсией слизистой оболочки культи желудка и отводящей кишки (при ГПДР) и антрального отдела желудка и тощей кишки (при ПСПДР), ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ), рентгеноскопию желудка с бариевой взвесью.

Результаты : анализ ультразвуковых признаков хронического панкреатита после ПДР показал, что количество пациентов с такими признаками достоверно не различается: 4(11,2%) больных после ГПДР и 1(6,3%) после ПСПДР ($p>0,05$).

При ФГДС не выявлено пептических язв. Однако, признаки хронического гастрита определены практически у всех больных в обеих группах (35 (97,2%) пациентов в группе ГПДР и 16 (100%) больных из группы ПСПДР). При исследовании биоптатов слизистой оболочки тела желудка преимущественно определяли признаки атрофического гастрита, в случае ПСПДР гистологическая картина слизистой оболочки антрального отдела желудка свидетельствовала об антрум-гастрите. При исследовании материала отводящей кишки выявлены признаки энтерита в обеих группах (с частотой 33 (91,6%) пациента в группе ГПДР и 14 (87,5%) пациентов в группе ПСПДР). Достоверной разницы в количестве выявленных случаев хронического гастрита в различные сроки после операции нами не обнаружено.

Оценка состояния анастомоза (гастроэнтеро- и дуоденоэнтероанастомоза) через 1 месяц и более после оперативного вмешательства, показала, что анастомозиты встречались практически с одинаковой частотой (17(47,2%) и 6(37,5%)) при обоих видах операции.

В группе больных, перенесших ПСПДР у большинства 10 (62,5%) наблюдалась нормальная эвакуаторная функция желудка, у 6 (37,5%) пациентов выявлено замедление эвакуации.

Напротив, при ГПДР нередко – у 14 (38,8%) пациентов встречалась ускоренная эвакуация частыми порциями. Нормальная эвакуаторная функция после ГПДР отмечена в 20 (55,5%) наблюдений.

Заключение: Таким образом, при аппаратных исследованиях между классической операцией Уиппла (ГПДР) и ПДР с сохранением привратника существенных отличий не выявлено.

ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ЭЛАСТАЗЫ 1 ПРИ ОЦЕНКЕ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Коханенко Н.Ю., Бернштейн М.А.

Кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова, СПбГПМА, Санкт-Петербург, Россия

Материалы и методы: исследовали 40 больных, которым была выполнена панкреатодуоденальная резекция (ПДР). Содержание эластазы 1 в кале 10 больным изучали в динамике (до и через 30 суток после операции), 30 больным – после операции в различные сроки (от 30 суток до 15 лет). Считали, что уровень эластазы 1 в норме должен превышать 200 мкг/г, ее содержание менее 200 мкг/г свидетельствовало об умеренном снижении экзокринной функции ПЖ, а менее 100 мкг/г – о выраженном.

Результаты: анализ результатов исследования эластазы 1 в группе, где тест выполнялся до и после операции, показал, что экзокринная функция железы при первичном опухолевом процессе или при распространении на нее опухолевого поражения существенно угнетена. У всех 10 (100%) пациентов, которым тест выполняли в динамике, уровень эластазы 1 оказался практически одинаковым до и после операции (в среднем < 15 мкг/г и 20 мкг/г соответственно). Остальные больные были разделены на группы, в зависимости от времени, прошедшего после ПДР. 1 группа включала пациентов, перенесших ПДР не более 6 месяцев назад (n=11), 2 группа – пациентов, оперированных от 6 месяцев до 1 года назад (n=17), 3 группа – пациентов, оперированных более года назад (n=20). С учетом того, что ряд больных (8 пациентов) обследованы неоднократно в различные сроки после операции, эти больные были подвергнуты анализу в разных группах. 1 группе больных мы диагностировали в большинстве случаев тяжелую панкреатическую недостаточность (9 (81,8%) больных). Показатели уровня эластазы 1 колебались в этой группе от 15 до 165 мкг/г, в среднем составили 76 мкг/г. В группе больных, перенесших ПДР свыше 6 месяцев, но менее года назад выраженная панкреатическая недостаточность наблюдалась в меньшем количестве наблюдений (у 9 (52,9%) пациентов). Нормальная концентрация эластазы 1 в кале выявлена у 8 пациентов (47,0%). Средний показатель уровня эластазы 1 составил 188 мкг/г, что соответствует умеренно выраженной панкреатической недостаточности. В группе больных, обследованных в сроки более года после ПДР у большинства (14 (70 %) пациентов) определены нормальные значения эластазы 1. Выраженная панкреатическая недостаточность определялась у 3 (15%) больных, при-

чем все трое пациентов перенесли ПДР по поводу хронического панкреатита с преимущественным поражением головки. Диагноз хронического рецидивирующего панкреатита у этих больных был также подтвержден другими лабораторно-инструментальными методами – биохимическим анализом крови, ультразвуковым исследованием органов брюшной полости, компьютерной томографией. Таким образом, определение эластазы 1 в кале позволяет выявить экзокринную недостаточность ПЖ, наблюдаемую у больных, перенесших ПДР и назначить соответствующую терапию. С течением времени после операции уровень эластазы 1 приходит к нормальным значениям. Срок восстановления экзокринной функции поджелудочной железы составляет 1-1,5 года. Определение уровня эластазы 1 является специфическим показателем экзокринной функции поджелудочной железы и может использоваться для оценки состояния оставшейся части ПЖ у больных, перенесших ПДР.

СВОЕВРЕМЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА.

Кошель А.П., Карась Р.С., Карпович А.В.

ГОУ ВПО НИИ гастроэнтерологии им. Г.К.Жерлова СибГМУ. г. Северск, Россия.

Введение. Прогнозирование течения и профилактика пищевода Барретта (ПБ) остается сложной проблемой для клиницистов. Риск развития аденокарциномы пищевода (АП) на фоне ПБ в 30–125 раз выше, чем в популяции (P.G. Guillem, 2005). Учитывая, что ПБ рассматривается как конечная стадия развития (эволюции) гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), для снижения вероятности развития, прогрессирования ПБ и его осложнений необходимо устранить или свести к минимуму основные этиопатогенетические факторы ГЭРБ: гастроэзофагеальный (ГЭР) и дуоденогастральный рефлюксы (ДГР).

Цель. В связи с этим является актуальной разработка и применение диагностических функциональных методик, позволяющих выявить нарушения моторики пищевода, антродуоденальной зоны и тонуса нижнего пищеводного сфинктера для выбора оптимальной и своевременной тактики лечения у пациентов, не имеющих явных анатомических и воспалительных изменений указанных отделов.

Материалы и методы. 126 пациентов с ГЭРБ, не имеющих явных анатомических и воспалительных изменений пищевода и желудка. В дополнение к традиционным методам рименялись эзофагеальная манометрия (ЭМ) с проведением функциональной пробы (Патент РФ на изобретение №2281025 от 10.08.2006г), антродуоденальная манометрия (АДМ) и суточный рН-мониторинг.

Результаты. Функциональная недостаточность НПС по данным ЭМ выявлена у 109 (86,5%) пациентов, а нарушения антродуоденальной моторики у 88 (69,8%). Органическая недостаточность НПС выявлена у 38 (30,2%) пациентов и у всех пациентов выявлен патологический гастроэзофагеальный рефлюкс.

Заключение. На основании полученных данных о функциональном состоянии верхних отделов ЖКТ клиницист может выбрать адекватный и, главное, своевременный метод лечения ГЭРБ: медикаментозный, электростимуляцию или хирургическое вмешательство. Это позволит устранить или свести к минимуму ГЭР и ДГР, что играет важнейшую роль в профилактике развития ПБ и его осложнений, так как аденокарцинома пищевода.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ РАКА В ПЕЧЕНЬ

Кошель А.П., Клоков С.С., Красноперов А.В., Дибина Т.В., Севостьянова Н.В.

НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, г. Северск

Цель исследования: оценить эффективность выполнения радиочастотной абляции (РЧА) у больных с метастазами рака в печень.

Материал и методы. За период с 2007 по 2008 гг. было произведе-

дено 38 сеансов РЧА у 12 больных с очаговыми поражениями печени, из них по поводу метастазов рака желудка в печень 7 (58,3%) больных, метастазов колоректального рака - 5 (41,7%) пациентов. Число вторичных образований размерами от 5 до 57 мм колебалось от 1 до 12. Мужчин было 8 (66,7%), женщин - 4 (33,3%), возраст - от 41 до 68 лет (53,2±4,8). РЧА проводилась чрескожным (15 сеансов) и открытым путем (23 сеанса) аппаратом для радиочастотной абляции опухоли «РЧАО-01» с набором водоохлаждаемых электродов под УЗ-контролем (аппарат Aequix QX, датчики пункционный LD и конвексный 3,5 МГц с пункционным адаптером). У 8 пациентов во время открытой РЧА метастазов проводилась одномоментная резекция печени в объеме: ПГГЭ (1), бисегментэктомия (4) и сегментэктомия (3).

Результаты. Через год после РЧА живы 7 (58,3%) пациентов, при этом у 2 больных отмечено уменьшение количества и размеров очагов в среднем на 47,4±7,2%, у 3 пациентов отмечается стабилизация процесса. У 2 больных обнаружены новые очаги метастазирования в печени, при отсутствии роста со стороны узлов подвергшихся деструкции. 5 пациентов (41,7%) погибли в течение года от прогрессирования основного процесса. Важным моментом является тот факт, что у всех пациентов с регрессией и стабилизацией процесса размеры очагов не превышали 3,4±1,2 см.

Таким образом, первый опыт применения метода РЧА метастатических узлов в печени свидетельствует об его эффективности, особенно при величине «обрабатываемого» очага не более 4 см.

ПРЕДПОСЫЛКИ К ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОБШИРНЫМИ ДЕФЕКТАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА.

Кравцов С.А., Решетов И.В., Ольшанский В.О., Маторин О.В., Поляков А.П., Ратушный М.В., Филишин М.М.

МНИОИ им. П.А.Герцена, г. Москва, Россия.

Речь не является жизнеобеспечивающей функцией организма, однако, ее безвозвратная потеря в результате заболевания или операции, наносит непоправимый психологический ущерб личности пациента. Восстановление голоса пациентам, перенесшим ларингэктомию с удалением органов проксимального отдела пищеварительного тракта, на сегодняшний день остается нерешенной задачей.

В МНИОИ им. П.А.Герцена накоплен опыт лечения 450 больных с опухолями головы и шеи, которым были сформированы обширные дефекты пищеварительного тракта и верхних дыхательных путей. В 70% случаев была III и IV стадии, около 30% - рецидивные опухоли. Плоскоклеточный рак встречен в 72% наблюдений. Около 90% случаев были сформированы сложные комбинированные дефекты, включая мягкие ткани и кости. Во всех случаях выполнялась микрохирургическая аутотрансплантация. Всего было использовано 156 лоскутов из покровных тканей и 304 висцеральных. В зависимости от локализации дефекта, были выделены на 5 анатомических уровней – от носоглотки до дуги аорты: носоглоточный, оромаксиллярный, полость рта, глоточногоортанный, пищеводаоортальный. Это позволило сформулировать алгоритм выбора пластического материала и объема реконструкции. Успешное голосовое протезирование при ларингэктомии с реконструкцией пищеварительного тракта выполнено 9 пациентам. Накопление опыта будет продолжено.

Эффективное восстановление проксимальных отделов пищеварительного тракта является основой для речевой реабилитации. Потенциальная возможность восстановления питания через рот, в нашей клинике, составляет 92% случаев. Некроз лоскутов был отмечен в 5,8% случаев. Экспектация голосовой реабилитации не должна способствовать снижению радикализма хирургического лечения, но, во многом, определять выбор пластического материала и объем реконструктивного вмешательства.

ФОРМИРОВАНИЕ КОЛОСТОМА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПРЯМОЙ КИШКЕ

Красноперов А.В., Кошель А.П., Панкратов И.В., Клоков С.С.

НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова СибГМУ, г. Северск

Для улучшения непосредственных и отдаленных результатов колостомии нами разработан в эксперименте и внедрен в клиническую практику способ забрюшинной резервуарно - удерживающей колостомы.

По разработанной методике прооперировано 53 больных. Обследованно 44 больных в сроки 3, 6 и 12 месяцев, активных жалоб не предъявляли и считали себя социально - реабилитированными. При этом отмечалось ежесуточное однократное, реже двукратное опорожнение стомы с обязательными предвестниками (позывом) к дефекации, продолжительностью опорожнения 3-10 минут. У 38,3% больных появилась возможность сдерживать дефекацию до 15 минут.

Резервуарная функция искусственного накопителя кала изучена с помощью комплексной лучевой диагностики. Средний объем резервуара по данным ультрасонографии составлял 143,7-157 см³, а по данным рентгенографии – 113,04-137,3 см³.

Таким образом, клиническое внедрение резервуарно - удерживающей колостомы свидетельствует об улучшении функциональных результатов операций, конечным этапом которых является формирование искусственного ануса.

ТРАНСХИАТАЛЬНАЯ ЭЗОФАГЭКТОМИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИДЕОАССИСТИРОВАНИЯ ПРИ РАКЕ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

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

Республиканский Онкологический Научный Центр МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан.

Цель исследования. Анализ результатов трансхиатальной эзофагэктомии (ТХЭ) с применением видеоассистированной медиастинальной лимфодиссекции при раке пищевода.

Материалы и методы. С 2005 по 2008 гг. в торакальном отделении выполнено 101 ТХЭ с видеоассистированной лимфодиссекцией при раке средне- и нижнегрудного отдела пищевода. Мужчин – 46 (45,5%), женщин – 55 (54,5%). Возраст от 20 до 77 лет. Распределение по стадиям заболевания: II – 12 (3,5%), III – 89 (96,4%). По локализации: в среднегрудном у 59 (58,4%), в нижнегрудном у 42 (41,6%). Гистологическая структура опухоли: у 77 (76,2%) - плоскоклеточный рак, у 24 (23,8%) - аденокарцинома. Техника применения методики: после сагиттальной диафрагмотомии по Савиных мобилизовался нижнегрудной отдел пищевода. Мобилизация средне- и верхнегрудного отдела пищевода, этапы медиастинальной лимфодиссекции выполнялись под видеоскопическим контролем с использованием эндохирургического инструментария и биполярной коагуляции. Удалялись все группы лимфатических узлов средостения.

Результаты. Осложнений, связанных с применением эндохирургического инструментария и эндоскопической техники оперирования на этапе мобилизации пищевода и медиастинальной лимфодиссекции при ТХЭ не выявлено.

Заключение. Применение трансхиатального видеоассистирования упрощает мобилизацию пищевода, позволяет произвести визуально тотальную лимфодиссекцию средостения, уменьшает время проведения операции.

ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Мадидоров Б.Т., Хайрутдинов Р.В., Чернышева Т.В.

Республиканский Онкологический Научный Центр МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан.

Цель исследования. Анализ результатов 275 реконструктивно-восстановительных операций (РВО) при раке грудного отдела пищевода.

Материалы и методы. С 2000 по 2008 г. в торакальном отделении выполнено 275 РВО при раке грудного отдела пищевода. Мужчин–135 (49,1%), женщин–140 (50,9%). Возраст: от 24 до 77 лет. По стадиям: II–21 (7,6%), III–254 (92,4%). По локализации: в верхнегрудном у 33 (12%), среднегрудном–143 (52%) и у 99 (36%) в нижнегрудном. Выбор типа операции осуществлялся в зависимости от локализации опухолевого процесса, возраста и общего состояния больного. При локализации в верхнегрудном отделе у 33 (12%) выполнена операция McKeown. При локализации в среднегрудном и нижнегрудном отделе выполнялись: операция Ивор-Льюиса с двухзональной лимфодиссекцией, при среднегрудной локализации в – 42(66%) случаях, и 21(33%) – нижнегрудной, выполнена больным с более высокими функциональными показателями - 63 (22,9%). Трансхиатальная эзофагэктомия (ТХЭ) у 179 (65,1%) пациентам, с более низкими функциональными показателями. При мобилизации пищевода и медиастинальной лимфодиссекции успешно применено видеоассистирование с использованием эндохирургического инструментария и эндоскопической техники оперирования у 101 пациента.

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде после операции McKeown у 19 (57,6%), Ивор-Льюиса у 40 (63,5%) и ТХЭ у 38 (21,2%) пациентов возникли осложнения. Из них: ОССН - 7(21,2%), 9(14,2%), 3(1,6%); острая пневмония - 7(21,2%), 14(22,2%), 12(6,7%); ОЭП: 1(3%), 7(11,1%), 1(0,5%); НША: 4(12,1%), 7(11,1%), 21(11,7) соответственно. НША с 2004 г уменьшилась до 6%. Послеоперационная летальность составила 7,6% (21 случае): операции McKeown-2 (6,1%), Ивор-Льюиса-7 (11,1%) и ТХЭ–12 (6,7%).

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ НОВОГО АНТИРЕФЛЮКСНОГО ЭЗОФАГОСТРОАНАСТОМОЗ НА ШЕЕ, ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПИЩЕВОДЕ

Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Мадидоров Б.Т., Имамов О.А., Бердикулов Ж.И.,

Республиканский Онкологический Научный Центр МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Анализ результатов и функционального состояния ЭГА на шее, после ТТЭ и ТХЭ при раке грудного отдела пищевода, с наложением нового антирефлюксного анастомоза.

Материалы и методы. С 2000 по 2010гг. в торакальном отделении выполнено 234 РВО с наложением ЭГА на шее. Мужчин–116(49,5%), женщин–118(50,5%). Распределение по возрасту: от 18-44 лет – 28(11,9%), от 45-64 лет – 155(66,2%), от 65-77 лет - 51(21,8%). По стадиям: II–24(10,2%), III–210(89,7%). По локализации: в верхнегрудном 34(14,5%), среднегрудном 115(49,1%), и 85 (36,3%) нижнегрудном. Оценка функционального состояния анастомоза, проводится путем пристеночной эндоскопической рН-метрии, видеорентгеноскопии с контрастированием ЭГА.

Результаты. С 2004г. нами разработана и внедрена в клинику новая методика наложения инвагинационного - внеплеврального ЭГА, обладающего антирефлюксным механизмом. Проведенный анализ результатов применения разработанного нового способа цервикального ЭГА у 179 больных (ТХЭ–151, операция McKeown–28) показал следующее: у-12(8%), развилась частичная несостоятельность швов анастомоза (НША), ликвидированная консервативными мероприятиями. У-5(3,1%), через 2 месяца и у-4 (2,5%) через 3 месяца, диагностирован рубцовый стеноз ЭГА I степени.

Заключение. Наложение нового шейного ЭГА, позволило практически избежать осложнений - НША, свести до минимума частоту сте-

нозов, а в отдаленном периоде выраженность желудочно-пищеводного рефлюкса, что и подтверждается данными pH-метрии, где pH в просвете денервированного желудка трансплантата сохраняется в пределах нормальности, а в глотке уровень pH близка к нейтральному.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА III СТАДИИ

Кулакеев О.К., Арыбжанов Д.Т., Орманов Н.К., Сабуров А.Р.

Международный Казахско-Турецкий университет им. Х.А. Яссави, Южно-Казахстанский областной онкологический диспансер, Шымкент, Казахстан

Отдаленные результаты хирургического лечения рака желудка III стадии остаются неудовлетворительными и колеблются в значительных пределах от 11 до 42%.

Целью исследования явилось изучить результаты комбинированного лечения больных раком желудка по данным ООД ЮКО за 5 лет.

Материалы и методы. Нами проанализированы отдаленные результаты радикального хирургического лечения больных раком желудка III стадии пролеченных в Южно-Казахстанском областном онкологическом диспансере за период 2003-2007г.г. При анализе отдаленных результатов лечения в зависимости от объема операции установлено, что пятилетняя выживаемость после остальной субтотальной резекции составила $40,0 \pm 4,1\%$, после гастрэктомии $25,0 \pm 6,0\%$ и после проксимальной резекции $21,5 \pm 6,6\%$. В послеоперационном периоде выписано домой 204 (88,7%) больных. Умерло 26 (21,3%). Из 204 больных с III стадией рака желудка, которые были выписаны из клиники умерло на 1 году после операции 3 ($1,8 \pm 0,7\%$), на 2 году – 44 ($27,2 \pm 3,4\%$) больных, на 3 году – 45 ($27,8 \pm 3,5\%$) и на году – II ($6,8 \pm 1,9\%$) больных.

Общеизвестно, что у большего числа больных раком желудка в ближайшие годы, после радикальных операций, произведенных по поводу рака желудка III стадии, развивается рецидив и выявляются метастазы в лимфатических узлах. Больным раком желудка III стадии произведено комплексное лечение: предоперационная неоадьювантная химиотерапия и адьювантная химиотерапия. Сравнение показателей выживаемости больных после комбинированных и комплексных методов показывает достоверное преимущество комплексных методов лечения.

Результаты. Так, 5-летняя выживаемость при чисто хирургическом лечении составила 27,2%, после комбинированного лечения 78,1% больных. Нами изучено влияние послеоперационной химиотерапии на отдаленные результаты лечения рака желудка III стадии препаратами 5-Фторурацил 750-1000мг 1-5 дни СД 3,75-5гр, Цисплатин 80-100мг 1-й день. В наших наблюдениях из 230 больных, которым произведена радикальная операция, 184 больным проведена профилактическая химиотерапия, из них: 146 (63,5%) больным проведено 4 курса адьювантной химиотерапии, 38 (16,5%) – 2 курса неоадьювантной химиотерапии. Из 204 больных, которые выписаны из клиники, у 127 (62,5%) больных в течение 5 лет появились рецидивы и метастазы, из них в течение 1 года жизни рецидив появился у 8 (6,3%) больных, 2 лет жизни у 63 (49,6%) больных, 3 лет жизни у 49 (38,6%) больных и 4 лет жизни у 7 (5,5%) больных.

При изучении рецидивирования и метастазирования рака желудка в зависимости от методов лечения нами выявлен очень важный фактор – о сроке появления рецидивов и метастатических поражений.

Если при чисто хирургическом лечении до 80% рецидивов и метастазов появляются в течении 2-х лет после операции, то в комбинированном методе лечения этот показатель составил в указанный срок соответственно 53,3% случаев.

Выводы. Таким образом, из изложенного следует, что использование при III стадии рака желудка комбинированных и комплексных методов лечения достоверно улучшает показатели пятилетней выживаемости по сравнению с чисто хирургическим лечением на 50,4%.

АНТИГЕН ПЛОСКОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ КАК МОЛЕКУЛЯРНЫЙ ФАКТОР ПРОГНОЗА И МОНИТОРИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА

Куликов Е.П.¹, Карпов Д.В.¹, Каминский Ю.Д.^{1,3}, Никифоров А.А.², Никифорова Л.В.², Рязанцев М.Е.³

¹ Кафедра онкологии и лучевой диагностики ФПДО РязГМУ им. акад. И.П.Павлова

² Центральная научно-исследовательская лаборатория РязГМУ им. акад. И.П.Павлова

³ Рязанский областной клинический онкологический диспансер

Введение. Рак пищевода представляет собой крайне агрессивную по течению и прогнозу злокачественную опухоль человека. Чрезвычайно важным является дооперационное прогнозирование результатов лечения и раннее выявление рецидива. Одними из факторов, определяющих прогноз, являются опухолевые серологические маркёры. Таким опухолевым маркёром для рака пищевода считается антиген плоскоклеточной карциномы (SCCA).

Цель работы. Изучить значимость уровня SCCA для прогнозирования непосредственных и отдаленных результатов лечения больных плоскоклеточным раком грудного отдела пищевода, и раннего выявления рецидива болезни.

Материалы и методы. Методом иммуно-ферментного анализа определён уровень SCCA сыворотки у 19 больных (II – IVa St) плоскоклеточным раком грудного отдела пищевода (основная группа) и 11 здоровых добровольцев контрольной группы (верхний доверительный предел у здоровых доноров 1,2 – 1,5 нг/мл). В основной группе уровень SCCA определен до операции и после субтотальной резекции пищевода в сроки от 2 мес. до 38 мес.

Результаты и обсуждение. У добровольцев контрольной группы уровень SCCA составил от 0,3 нг/мл до 1,17 нг/мл. У больных основной группы до хирургического лечения уровень SCCA находился в пределах от 1,28 нг/мл до 3,13 нг/мл. Через 2 недели после хирургического лечения у всех отмечалось снижение значения SCCA. У больных после R0-резекций пищевода значение SCCA не превышало 1,24 нг/мл (0,11 – 1,24 нг/мл). У 2-х пациентов после R1-резекции пищевода (остаточная опухоль на аорте и трахее) через 2 месяца после операции уровень SCCA был 3,22 нг/мл и 3,93 нг/мл, один из которых умер спустя 6 мес. от прогрессирования заболевания.

Выводы. Таким образом, значение уровня SCCA до и после лечения даёт возможность оценить адекватность проведенного лечения и проводить мониторинг пролеченных больных.

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ СТРЕССОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.

Кутуков В.В., Оганесян Ю.В., Дуйко В.В., Служко Л.В., Дуйко Л.С.

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», г. Астрахань

ГУЗ «Областной онкологический диспансер», г. Астрахань

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных колоректальным раком путем разработки нового способа профилактики острых эрозивно-язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта.

Материалы и методы. Под наблюдением за период с 2006 по 2009гг находились 256 пациентов в возрасте от 21 до 86 лет, оперированных по поводу колоректального рака в ГУЗ «Областной онкологический диспансер» г.Астрахань. Из них мужчин – 110, женщин – 146. Среди исследуемых I стадия заболевания была выявлена у 11 человек, II стадия – у 133 пациентов, III стадия – у 56 и IV стадия – у 56 человек. Все пациенты разделены на 2 группы – основная (64 человека) и группа сравнения (192 пациента).

Основную группу составили лица, оперированные в период с 2008 по 2009гг. Возраст больных от 21 года до 76 лет. Группу сравнения со-

ставили 192 пациента в возрасте от 28 до 86 лет, оперированные в период в 2006 – 2007гг. В обеих группах преобладали больные со II и III стадиями опухолевого процесса – 71% и 75% соответственно. В предоперационном периоде всем пациентам проведено обследование верхних отделов пищеварительного тракта. Пациентам основной группы в 100% случаев выполнялась фиброэзофагогастроскопия. В группе сравнения гастроскопия выполнена 41,9% исследуемых, а другим 58,1% пациентов выполнена рентгеноскопия пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. В исследование включены лица, не страдающие язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Из 256 пациентов, страдающих колоректальным раком, макроскопически никаких патологических изменений не было выявлено у 195 человек (76,2%). 23,8% от общего числа обследованных лиц имели патологические изменения пищевода, желудка или двенадцатиперстной кишки. Эрозивные поражения верхних отделов пищеварительного тракта до операции выявлены у 5 пациентов основной группы (7,8% от общего числа пациентов основной группы.). Наиболее частой патологией, выявленной до операции, был рефлюкс-эзофагит – 9% пациентов основной группы и 6,1% пациентов группы сравнения.

Все пациенты основной группы в предоперационном периоде обследованы на предмет инфицированности *Helicobacter pylori* с помощью трех методов – иммунохроматографическое исследование сыворотки крови с помощью тест-полосок «ИммуноХром-антиНР-Экспресс», цитологическое исследование и гистологическое изучение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Окраска препаратов осуществлялась по Романовскому-Гимзе. На основании обследования диагноз инфицированности *Helicobacter pylori* был установлен лицам с положительными результатами как минимум двух из трех вышеуказанных методов. Инфицированными были признаны 43 пациента – 67,2% от общего числа пациентов основной группы. Только 11,6% из них имели специфические проявления в виде эрозий пищевода желудка и двенадцатиперстной кишки, а 69,8% инфицированных макроскопически не имели патологических изменений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта.

Проведенное в предоперационном периоде обследование ставило своей целью не только оценку исходного состояния слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, но и позволяло определить тактику предоперационной подготовки и выбрать пациентов, которым необходимо профилактическое лечение. В основной группе без признаков инфицированности *Helicobacter pylori* выявлен 21 человек – 32,8% из числа обследованных. Данные пациенты исходно не имели эрозивно-язвенных поражений пищеварительного тракта. С учетом этих двух критериев – отсутствие инфицированности и эрозий или язв пищеварительного тракта – никаких мер специфической профилактики острых гастродуоденальных язв в этой группе в предоперационном периоде не проводилось. Предоперационная подготовка этих пациентов совпадала с таковой у всех 192 пациентов группы сравнения и определялась состоянием больных и результатами лабораторных исследований и не отличалась от общепринятой в хирургической практике.

Инфицированность *Helicobacter pylori*, (вне зависимости от макроскопических изменений слизистой, а также степени микробной обсемененности) служила показанием для проведения специфической антигеликобактерной терапии как средства профилактики острых язв. Проводимое лечение было направлено на уменьшение микробной популяции, снижение агрессивного воздействия *Helicobacter pylori* как фактора ulcerогенеза в условиях операционной травмы.

Лицам с эрозивными поражениями слизистой оболочки пищеварительного тракта после проведенного лечения (за сутки до операции) повторно выполнялась гастроскопия с целью оценки результатов лечения. Во всех наблюдениях после семидневного курса лечения наблюдалось рубцевание эрозий.

Из 62 операций, выполненных пациентам основной группы, радикальными были 74,2%, паллиативными – 21%, реконструктивными – 4,8%. Из числа радикальных операций 8,9% были комбинированными. Схожее соотношение отмечено и в группе сравнения (радикальные – 71,4%, паллиативные – 25,5%, реконструктивные – 3,1%, комбинированные – 9%). Примерно одинаковое соотношение объемов операций, выполненных пациентам основной и группы сравнения, позволяет утверждать об отсутствии доминирующего влияния объема хирургического вмешательства на частоту развития острых язв в одной из групп.

Результаты и обсуждение. У пациентов основной группы острые эрозии развились в 3,2% наблюдений, были множественными, локализовались в желудке и протекали без осложнений.

В группе сравнения стрессовые поражения верхних отделов пищеварительного тракта выявлены у 20 человек – 10,4% от общего числа пациентов группы сравнения. При этом эрозии составили 5,2%, язвы – 3,6%, их сочетание – 1,6%. До 70% стрессовых язв развились в сроки от 3 до 7 суток послеоперационного периода. В 92% наблюдений острые поражения слизистой верхних отделов пищеварительного тракта были множественными. Наиболее частая локализация – желудок, поражение которого отмечено у 74% пациентов, при этом в 37% случаев отмечено изолированное его поражение. До 85% острых эрозивно-язвенных поражений пищеварительного тракта имели осложненное течение. В 65% наблюдалось кровотечение, и по 10% – перфорация и их сочетание.

В структуре осложнений послеоперационного периода у пациентов основной группы острые эрозии заняли третье второе место после нагноения послеоперационной раны и эвентрации. Летальность в основной группе – 3,2%, основная причина летальности – осложнения со стороны сердечно – сосудистой системы. В структуре осложнений у пациентов группы сравнения острые эрозивно-язвенные поражения пищеварительного тракта заняли 2 место после нагноения послеоперационной раны, составляя 10,4%. По поводу осложненного течения острых язв 3,6% пациентов были повторно оперированы, что составило 53,8% от общего числа релапаротомий, выполненных пациентам группы сравнения. Летальность в группе сравнения – 7,8%. При этом осложненное течение острых язв стало непосредственной причиной смерти в 2,6% случаев. Из числа умерших больных острые эрозивно-язвенные поражения пищеварительного тракта диагностированы у 46,7% пациентов. Это осложнение занимает первое место среди причин смертности пациентов группы сравнения.

Вывод. Проведение специфической антигеликобактерной терапии с профилактической целью в предоперационном периоде, лицам, инфицированным *Helicobacter pylori*, позволяет снизить частоту развития острых эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта в 3 раза (с 10,4% до 3,2%) и, таким образом, улучшить результаты хирургического лечения пациентов, страдающих колоректальным раком.

ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Кутуков В.В., Служко Л.В., Севостьянов В.В.

ГОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Росздрава, кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии, ГУЗ «Областной онкологический диспансер», г. Астрахань, Россия.

Введение. Энтеральное питание является важнейшей и неотъемлемой частью комплексного лечения онкологических больных. Имеются научно обоснованные и достаточно аргументированные свидетельства того, что адекватное питание способствует оптимальному течению процессов адаптации и компенсации нарушенных функций, коррекции патологически измененных звеньев метаболизма, достижению иммуномодулирующего и антиоксидантного эффектов. Исходные нарушения питания и неадекватная коррекция метаболических нарушений создают неблагоприятные условия для предстоящего хирургического вмешательства и снижают эффективность лечебных мероприятий. Хирургическая агрессия, представляющая собой мощное повреждающее воздействие на организм, приводит к развитию в организме многообразных адаптационных сдвигов гомеостаза. Характер основной патологии, сопутствующие заболевания определяют не только фон, на котором протекает операция и наркоз, но и влияют на динамику изменений обмена веществ в послеоперационном периоде. Все вышеперечисленные причины вызывают нарушения показателей белкового обмена и гуморального иммунитета, что в свою очередь приводит к росту гнойно-воспалительных осложнений, увеличению послеоперационной летальности, длительности пребывания пациентов в стационаре.

Цель работы. Разработать схему интра- и раннего послеоперационного энтерального питания у больных с местнораспространенными формами

рака толстого кишечника.

Материалы и методы. Нами проведено исследование результатов применения периоперационного энтерального питания у больных, которым были выполнены комбинированные резекции по поводу местного распространения рака толстого кишечника в период с 2007 по 2008гг. В основной группе 18 больным (22,8%) произведено интра- и раннее послеоперационное энтеральное питание смесью «Нутризон-Энергия» фирмы «NUTRICIA». Группу сравнения составил 61 пациент (77,2%), которым периоперационная нутритивная поддержка не проводилась. Питание осуществляли интраоперационно на завершающем этапе хирургического вмешательства (дренирование брюшной полости) и в первые 5 суток послеоперационного периода ежедневно через назогастральный зонд. Объем интраоперационно вводимой смеси составлял 150-200 мл однократно. Объем и скорость вводимой питательной смеси составили 1,5 мл/кг/час. Перед началом и после каждого введения питательной смеси для предупреждения закупорки зонд промывали 0,9% раствором NaCl в объеме от 30 до 50 мл. Эффективность энтерального питания прослеживали путем определения уровня общего белка плазмы крови, концентрации мочевины и креатинина на 1-е, 3-и и 5-е сутки послеоперационного периода.

Результаты и обсуждение. В группе больных, которым проведена периоперационная нутритивная поддержка, до операции уровень общего белка плазмы крови составил $72,1 \pm 3,32$ г/л; на 1-е сутки показатель снизился до $58,3 \pm 2,24$ г/л, на 3-и сутки повышение его было до $68,7 \pm 3,56$ г/л, а на 5-е сутки - $71,4 \pm 2,42$ г/л. В группе пациентов, которым не проводилось зондовое питание, до операции уровень общего белка составил $70,5 \pm 2,64$ г/л, на 1-е сутки уровень снизился до $56,3 \pm 2,18$ г/л, на 3-и сутки происходило некоторое увеличение показателя до $62,4 \pm 2,45$ г/л, на 5-е сутки - до $65,2 \pm 2,05$ г/л, что, по-прежнему, ниже исходного. В группе больных, получавших периоперационное энтеральное питание, уровень мочевины до операции составил $7,8 \pm 0,32$ ммоль/л, на 1-е сутки было снижение показателя до $6,2 \pm 0,25$ ммоль/л, на 3-и сутки послеоперационного периода показатель снизился до $5,88 \pm 0,26$ ммоль/л, на 5-е сутки составил $5,2 \pm 0,3$ ммоль/л. У больных, не получавших периоперационную нутритивную поддержку, до операции уровень мочевины составил $7,5 \pm 0,27$ ммоль/л, на 1-е сутки он увеличился до $7,7 \pm 0,36$ ммоль/л, на 3-и сутки наблюдалось его снижение до $6,9 \pm 0,21$ ммоль/л, а к 5-и суткам данный показатель снизился до $6,1 \pm 0,24$ ммоль/л. Показатель креатинина в группе пациентов, которым проведено периоперационное зондовое питание, составил $1,07 \pm 0,08$ мг/дл, на 1-е сутки уровень повышался до $1,14 \pm 0,08$ мг/дл, на 3-и сутки послеоперационного периода показатель снижался до $0,88 \pm 0,07$ мг/дл, на 5-е сутки составил $0,85 \pm 0,06$ мг/дл. В группе больных, не получавших нутритивную поддержку в периоперационном периоде, уровень креатинина до операции составил $1,02 \pm 0,07$ мг/дл, на 1-е сутки показатель повысился до $1,18 \pm 0,05$ мг/дл, на 3-и сутки было его снижение до $0,96 \pm 0,04$ мг/дл, к 5-м суткам - до $0,92 \pm 0,06$ мг/дл.

Выводы. У больных, получавших периоперационную нутритивную поддержку в комплексе послеоперационной терапии, отмечалась стимуляция белковообразовательной функции печени, что сопровождалось положительной динамикой показателей белкового обмена - повышение уровня общего белка крови на 3-и и 5-е сутки после операции происходит на 17,8% и 22,5% соответственно по сравнению с исходными показателями. В группе пациентов, которые не получали энтеральное питание в периоперационном периоде, показатели повышения концентрации общего белка составляют 10,8% и 15,8% в аналогичные сроки послеоперационного периода ($p < 0,05$). На фоне нутритивной поддержки нами отмечено понижение показателя мочевины на 33%, креатинина - на 20,6%. В группе пациентов, не получавших периоперационное энтеральное питание, также отмечается их снижение, но на 18,6% и 9,8% ниже предоперационного уровня ($p < 0,05$). Таким образом, при интраоперационной нутритивной поддержке переход катаболической направленности метаболизма на анаболический, который способствует сохранению защитных сил и энергетических ресурсов организма, происходит раньше, чем без проведения энтерального питания.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Кутуков В.В., Служко Л.В., Севостьянов В.В.

ГОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Росздрава, кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии, ГУЗ «Областной онкологический диспансер», г. Астрахань, Россия.

Введение. В настоящее время, несмотря на широкое внедрение в практику современных методов диагностики рака толстого кишечника, возрастает частота его распространенных форм. В связи с этим в онкохирургии наметилась тенденция к широкому применению комбинированных и расширенных операций при местном распространении опухоли толстой кишки. Серьезными аргументами в пользу подобных вмешательств являются низкая послеоперационная летальность, существенное продление жизни больных и значительное улучшение ее качества. Совершенствование хирургической техники и реанимационно-анестезиологического обеспечения позволяет выполнять комбинированные операции. Следует отметить, что радикальное оперативное вмешательство в ряде случаев у таких пациентов бывает возможным даже при плотном сращении с соседними органами, так как эти сращения даже часто имеют воспалительное происхождение.

Цель работы. Улучшить результаты лечения местнораспространенного рака толстого кишечника путем дифференцированного подхода к выбору хирургического пособия при данной патологии.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 209 больных с местнораспространенными формами рака толстой кишки за период с 1999 по 2007 гг. С местнораспространенными формами рака толстого кишечника в основной группе наблюдали 133 пациента. В контрольной группе с местным распространением опухоли толстой кишки было 76 больных. В основной группе у 98 пациентов местное распространение опухоли сочеталось с различными осложнениями рака толстой кишки, в контрольной - у 52 больных. В основной группе мужчин было 78 (58,6%), женщин - 55 (41,4%); в контрольной группы мужчин - 47 (61,9%), женщин - 29 (38,1%). Местное распространение опухоли чаще наблюдалось при локализации опухоли в сигмовидной кишке и ректосигмоидном отделе кишечника: в основной группе в 40,9% (54 случая), в контрольной группе в 46,2% (35 наблюдений). В большинстве случаев наблюдали III и IV стадии заболевания: в основной группе - 112 человек (83,8%), в контрольной - 64 (84,3%). У 133 больных с местным распространением опухоли в основной группе расширенные комбинированные резекции произведены в 79 (59,4%) наблюдениях: первичный толстокишечный анастомоз сформирован у 62 пациентов (78,5%), обструктивная резекция толстого кишечника выполнена в 17 случаях (21,5%). Симптоматические вмешательства у данной группы больных выполнены у 54 (40,6%) пациентов: формирование обходного анастомоза - 28 (51,9%), выведение колостомы - 22 (40,7%), наложение илеостомы - 4 (7,4%); $p < 0,05$. К выполнению расширенных комбинированных резекций при местнораспространенном раке толстой кишки был дифференцированный подход с учетом возможности удаления опухолевого конгломерата, состояния кишечной стенки, наличия сочетания местного распространения опухолевого процесса с осложнениями, состояния пациента, а также сопутствующей патологии. Обструктивные резекции в основной группе пациентов выполнены в связи с сочетанием местного распространения опухоли и нарушений кишечной проходимости в 10 наблюдениях (12,7%), параканкрозный воспалительный процесс в 4 случаях (5,1%) и кишечных свищей - 3 (3,8%). В 14 случаях (82,4%) вторым этапом после обструктивных резекций выполнено восстановление кишечной проходимости в сроки от 4 до 6 месяцев. Симптоматические операции при местном распространении опухоли у больных основной группы выполнены в связи с множественным характером отдаленного метастазирования, нерезектабельностью опухоли (врастание опухоли в магистральные сосуды забрюшинного пространства, кости таза) и тяжестью состояния пациента. У 76 пациентов контрольной группы при местнораспространенном раке толстой кишки комбинированные резекции выполнены у 4 больных (5,3%) и у 72 больных симптоматические операции (94,7%): формирование обходного анастомоза - 38 (52,8%), выведение колостомы - 34 (42,7%). При комбинированных резекциях в контрольной группе пациентов выполнялись только резекции передней брюшной стенки.

В случае комбинированных вмешательств помимо удаления первичного опухолевого процесса производили также резекцию тонкой кишки, желудка, печени и поджелудочной железы, холецистэктомию, спленэктомию, аппендэктомию, аднексэктомию, экстирпацию матки с придатками, резекцию почки, мочеточника с уретероцистостомией, мочевого пузыря, иссечение брюшной стенки и резекцию диафрагмы. Чаще всего в случае комбинированного хирургического вмешательства при местнораспространенных злокачественных новообразованиях толстой кишки выполняли резекцию тонкой кишки - 24 (23,6%), мочевого пузыря - 10 (9,9%), иссечение брюшной стенки - 12 (11,8%), а также операции на внутренних гениталиях у женщин - 14 (13,8%). Обязательно соблюдался принцип выполнения комбинированных хирургических вмешательств при онкологических заболеваниях - удаление опухолевого конгломерата единым блоком вместе с соседними структурами, вовлеченными в опухолевый процесс.

Результаты и обсуждение. При местном распространении опухоли толстого кишечника у пациентов основной группы (18 случаев - 13,5%) наблюдались следующие послеоперационные осложнения: нагноение послеоперационной раны - 7 (5,3%); эвентрация органов брюшной полости - 3 (2,2%); послеоперационная пневмония - 5 (3,7%); ранняя спаечная кишечная непроходимость - 2 (1,5%); послеоперационный панкреатит - 1 (0,8%). Несостоятельность швов анастомоза зафиксирована в 1 случае (0,8%). В контрольной группе больных среди осложнений (14 случаев - 18,4%) имели место следующие: нагноение послеоперационной раны - 7 (9,2%); острая сердечно-сосудистая недостаточность - 5 (6,7%); ранняя спаечная кишечная непроходимость - 1 (1,3%); послеоперационный панкреатит - 1 (1,3%). Зафиксировано 2 летальных исхода (1,5%) в группе радикально оперированных больных (основная группа): острая сердечно-сосудистая недостаточность - 1 и тромбоэмболия основного ствола легочной артерии - 1. Остальные летальные исходы в основной группе больных (14 случаев - 10,5%) отмечены в группе пациентов, которым произведены симптоматические операции. В контрольной группе пациентов умерло 19 больных (24,1%). Причинами смерти послужили: раковая интоксикация - 6 (7,9%); острая сердечно-сосудистая недостаточность - 8 (10,5%); тромбоэмболия основного ствола легочной артерии - 5 (6,5%).

Выводы. При местнораспространенных опухолях толстой кишки должны выполняться комбинированные операции; в случае генерализации процесса следует ограничиваться паллиативными или симптоматическими вмешательствами.

СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Левашов В.А., Борота А.В.

Межрайонный онкологический центр,
Бузулук, Оренбургская обл, Россия,
Донецкий областной противоопухолевый центр,
Донецк, Украина

Задачи исследования: Изучить возможность и целесообразность одномоментного применения как бесшовных вариантов сфинктеросохраняющих методик при осложненном раке прямой кишки, так и с применением анастомоза.

Материалы и методы: В период 2003-2009 гг. прооперировано 54 пациента в срочном и экстренном порядке имеющих при поступлении диагноз рак прямой кишки (включая опухоли ректосигмоидного отдела) стадии Т3-4N0-2M0-1, осложненный декомпенсированной толстокишечной непроходимостью, кровотечением из опухоли, перфорацией опухоли. Возраст больных колебался от 44 до 84 лет. У всех больных опухоль была диагностирована в дооперационном периоде путем пальцевого исследования, ректороманоскопией, гибкой сигмоскопией. Непроходимость подтверждена как рентгенологически, так и эндоскопическим исследованием прямой кишки. По локализации распределилась следующим образом: нижнеампулярный отдел (НАО - 11 человек (20,35%), среднеампулярный отдел (САО) - 13 человек (24,1%), верхнеампулярный отдел (ВАО) - 13 человек (24,1%), ректосигмоидный отдел (РСО) - 17 человек (31,45%). Выполнялись следующие виды оперативных вме-

шательств: проксимальная резекция прямой кишки по Дюамелю - 31 пациенту (PCO - 14, ВАО - 8, САО - 9), брышнонаданальная резекция прямой кишки с низведением левой половины ободочной кишки через эвагинированную культю прямой - 8 (ВАО - 4, САО - 4), брышно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной по Петрову-Холдину - 11 (НАО - 11), у четырех пациентов (7,4%), в виду явно выраженных макроскопически некротических изменений стенки ободочной кишки от перерастяжения содержимым, мы применили субтотальную колэктомию с формированием илеоректального дубликатурно-инвагинационного анастомоза (PCO - 3, ВАО - 1).

Результаты: Летальность в послеоперационном периоде 3,7% (1 больная с мерцательной аритмией в результате острого мезентериального тромбоза и 1 пациент от острой сердечной недостаточности). Послеоперационные осложнения 7,4% (у 4-х пациентов развился краевой некроз низведенной кишки, что потребовало донизведения трансплантата в сроки до 3-х суток после первой операции без каких-либо последствий). В настоящий момент живы 53,7% (29 пациентов). Функция континенции страдает у 3,7% (2 пациента после операции Петрова-Холдина)

Выводы: Внедрение в специализированную лечебную сеть сфинктеросохраняющих операций у больных с осложненным течением рака прямой кишки позволяет сократить затраты на многоэтапное хирургическое лечение с сохранением качества жизни у данной группы пациентов, повышая качество жизни.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДУБЛИКАТУРНО-ИНВАГИНАЦИОННОГО АНАСТОМОЗА В ХИРУРГИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Левашов В.А., Борота А.В.

Межрайонный онкологический центр Б
Бузулук, Оренбургская обл, Россия,
Донецкий областной противоопухолевый центр,
Донецк, Украина

Цель: изучить эффективность и надежность дубликатурно-инвагинационного анастомоза на завершающем этапе операции, после резекции разных отделов ободочной кишки, в условиях обтурационной толстокишечной непроходимости у больных раком ободочной кишки.

Материалы и методы: анализу подвергнуты результаты оперативного лечения 95 больных, за период 1997-2007 гг., оперированных в онкологическом отделении в срочном и отсроченном порядке, поступивших с диагнозом: острая толстокишечная непроходимость (ОТКН) или находившиеся на подготовительном этапе к оперативному лечению с установленным диагнозом рака ободочной кишки. Возраст больных колебался от 38 до 82 лет. Стадийность процесса Т3-4N0-2M0-1. Длительность появления первых симптомов ОТКН не превышала 3-4-х суток. Все диагностические мероприятия носили срочный характер - обзорная R-графия живота, ирригография, фиброколоноскопия. Консервативные мероприятия продолжались не более 4-х часов, если за это время наблюдалась положительная динамика, то оперативное вмешательство производилось в течение последующих 2-х суток, с коррекцией водно-белково-электролитного баланса. Отсутствие эффекта от лечения в указанные 4 часа являлось показанием к срочному оперативному лечению.

Результаты: по срокам оказанию помощи осуществлено 47 (49,7%) операций в срочном порядке, 48 (50,3%) в отсроченном. Опираясь на наши наработки за предыдущие годы, мы стали более активно применять указанную методику анастомоза у пациентов с клиникой ОТКН. В радикальном объеме прооперировано 72 (75,7%) больных, в паллиативном - 23 (24,3%), в последней группе у 19 (82,6%) пациентов имелись от одного до множественных МТС в печень, у 3 (13%) - МТС в парааортальные л/у, не поддавшиеся лимфодиссекции, у 1 (4,4%) пациента синхронное метастазирование в печень и легкие. В зависимости от локализации процесса объем оперативных пособий распределился следующим образом: - правосторонняя гемиколонэктомия - 30 (31,6%), (опухоль слепой кишки - 15, опухоль восходящего отдела - 7,

печеночного угла – 8) – резекция поперечной кишки – 6 (6,3%) – левосторонняя гемиколонэктомия – 20 (20,1%), (опухоль селезеночного угла – 7, нисходящего отдела – 13) – резекция сигмовидной кишки – 39 (42%), (опухоль сигмы – 27, опухоль ректосигмоидного отдела – 12). Всем больным после удаления участка кишки, несущего опухоль, содержимое приводящего отдела кишки эвакуировалось за пределы операционного поля, по сокращению стенки кишки и уменьшению диаметра перерастяжения восстановления проходимости осуществлялось по ранее описанной методике Г.В. Бондаря, дубликатурно-инвагинационным способом, формируя инвагинат из приводящего отдела кишки. С привентивной целью, на начальных этапах освоения методики, в срочных условиях 2-м больным после резекции поперечной кишки и 3-м больным с левосторонней гемиколонэктомией были сформированы плоскостные колостомы. Четырем пациентам подобные колостомы выполнены после резекции сигмы, из них у 2-х по причине несостоятельности, что составило 2,4% данного осложнения. В послеоперационном периоде умерло 4 (4,2%) пациента, основной причиной явились сердечно-сосудистые нарушения, от недостаточности анастомоза не умер ни один больной. Функция кишечника восстанавливалась на 4-6 сутки. Больные с МТС поражением умерли в сроки 8-18 месяцев. На сегодняшний день отслезено 46 (48%) больных. Повторно оперировано 4 (8,7%) пациентов с рецидивом опухоли в забрюшинной клетчатке в срок 11-14 мес., первичная опухоль локализовалась в восходящей и сигмовидной кишке. При этом зона анастомоза поражена не была ни макро- ни микроскопически. Трое из выживших оперированы по поводу рака новой локализации-молочная железа, желудок, прямая кишка. За указанный период ни у одного из пациентов не возникло функционального нарушения кишечника, что подтверждалось при диспансерном наблюдении за данной группой путем опроса, ирригографии и фиброколоноскопии. Основной причиной смерти в отдаленном периоде являлось прогрессирование заболевания в виде метастазирования в печень во втором году после операции – 19 (20%), на третьем-четвертом году – 8 (8,4%). Пятилетний срок доживают – 26 (27,3%) пациентов, десятилетний – 11 (11,6%) пациентов. От сердечно-сосудистой патологии и острых хирургических заболеваний в указанные сроки погибло 16 (17%) из ранее оперированных нами больных.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности дубликатурно-инвагинационного анастомоза в хирургии рака ободочной кишки, осложненного суб- и декомпенсированными формами толстокишечной непроходимости. В ближайшем и отдаленном периоде пациенты не испытывают функциональных нарушений в работе кишечника, подтвержденные анамнестическим и инструментальными методами. Малое количество осложнений и техническая простота метода позволяют использовать в широкой лечебной сети.

НЕСТАНДАРТНЫЕ КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Левашов В.А., Борота А.В.

Межрайонный онкологический центр
Бузулук, Оренбургская обл, Россия,
Донецкий областной противоопухолевый центр,
Донецк, Украина

Цели и задачи: Изучить целесообразность хирургического лечения больных с местнораспространенным раком прямой кишки, тела и шейки матки, мочевого пузыря, и возможность оптимизации окончания одноэтапного оперативного лечения.

Материалы и методы: Использованы результаты лечения и наблюдения 71 пациента в период 2001-2009 гг., имеющих диагноз рак прямой кишки – 43 больных (69,4%) со стадией процесса T4N0-2M0-1 (в т.ч. 9 (21%) рецидивы после лечения стадий T2-3 N0-1M0-1), рак тела матки – 6 больных (9,7%) со стадией T4N0-1M0, рак шейки матки – 6 больных (9,7%) T3ab-4aN0-1M0-1, рак мочевого пузыря T4abN0-2M0, 7 человек (11,2%). Из исследования были исключены пациенты, имеющие распространение опухоли только на параректальную или паравезикальную клетчатку.

Прооперировано 62 человека (87,3%), остальным пациентам были вынуждены отказать в виду развившейся ОПН или поступившим в стационар с явлениями ХПН в предоперационном периоде, а так же с явлениями тяжелого лимфостаза либо илеофеморального тромбоза.

Преобладающими по половому признаку были женщины – 41 (66%). Возраст всех пациентов колебался от 47 до 82 лет. В радикальном и условно-радикальном режиме прооперирован 51 пациент (82,3%).

Интраоперационное распространение опухоли на один орган встретилось у 46 (74%), на два органа – 14 (22,5%), три органа были поражены у двух больных (3,5%)/

Оперативные вмешательства выполнены строго по принципу en block. Комбинированные операции после удаления двух органов (прямая и тонкая кишка, матка и верхнеампулярный или РС-отдел.) заканчивались формированием анастомозов 43 (69,4%) больных. Передние экзентерации выполнены у женщин с поражением опухолью мочевого пузыря с мочеточниками и шейки матки – 3 (4,8%), операции заканчивались ушиванием культи предверия влагалища наглухо и формированием ортотопического мочевого пузыря закрытой петлей из илеоцекального угла. Задние экзентерации также выполнены у женщин с поражением матки и прямой кишки в средне-нижнеампулярном отделе с низведением левой половины ободочной кишки в анальный канал – 7 (11,3%) пациентов, при этом принципиальной позицией считаем выполнение подобной операции при прорастании опухоли из прямой кишки более чем на половину задней стенки влагалища. Тотальные экзентерации выполнены у 11 больных (17,7%) женщин с местнораспространенным раком шейки матки – 3 и раком тела матки – 2, у мужчин с местнораспространенным раком прямой кишки и мочевого пузыря – 6. У одного из пациентов было выполнено низведение левой половины в анальный канал и илеоцистопластика по Бриккеру (1,6%). Двум больным после низведения выполнена илеоцекоцистопластика открытой петлей по методу Майнца – 1. Остальным больным сформирован ортотопический мочевой пузырь закрытой петлей из илеоцекального угла или участка подвздошной кишки. У одной пациентки вынуждены были закончить операцию с формированием уретерокутанеостом и сигмостомы (1,6%). Гистологическое подтверждение распространения опухоли на один орган подтверждено у 34 (74,%) пациентов, на два органа у 6 (42,8%), на три у 1 (50%), метастазирование в лимфоузлы подтверждено в 37 (59,7%) случаев.

Результаты: Летальность в п/о периоде 4,8% – умерло 3 пациента, причиной смерти гнойно-септические осложнения со стороны раны – 1, острая сердечная недостаточность – 2. Осложнения наблюдались в виде длительной лимфорреи до Знедель у 7 пациентов (11,2%), несостоятельности уретероуретероанастомоза в результате ранней миграции мочеточникового катетера – 1 (1,6%), п/о пневмония у 3 пациентов (4,8%), к летальным исходам не привели, несостоятельности межкишечных и пузырно-кишечных анастомозов не было. В раннем п/о периоде хронический пиелонефрит развился у 2 пациентов (3,2%), в отдаленном у 5 (8%), ХПН – 1 стадии у 3 (4,8%) пациентов, требующая инфузионной коррекции.

Выводы: При распространенном раке органов малого таза с вовлечением одного-трех органов не должно быть причиной отказа в комбинированных операциях, включая разные виды экзентерации таза. Операция должна быть направлена на расширение объема, обеспечивающего удаление всего опухолевого массива. На завершающем этапе операции должны быть нацелены на восстановление естественного пути физиологических отпавлений, гарантирующих качество жизни.

РОБОТАССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА DA VINCI В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Мансуров Ю.В., Богданов А.В., Соловьёв Д.П.

ГУЗ «СОКБ №1» Кафедра хирургии ФПК и ПП УГМА,
Екатеринбург, Россия.

Цель работы: Оценить результаты хирургического лечения заболеваний прямой и ободочной кишки с применением хирургического комплекса Da Vinci.

Материалы и методы: Выполнено 55 операций: 52 операции по поводу рака прямой и ободочной кишки (49 передних резекций прямой кишки, 1

левосторонняя гемиколэктомия, 1 резекция сигмовидной кишки, 1 правосторонняя гемиколэктомия). Так же выполнено 2 крестцовых ректотомии по поводу выпадения прямой кишки и 1 резекция сигмовидной кишки по поводу сигмоцеле.

Результаты: Время оперативных вмешательств составляло от 1 часа 40 минут до 3,5 часов. Максимальная кровопотеря не превышала 200 мл. Послеоперационными осложнениями явились 2 несостоятельности колоректального анастомоза. Послеоперационную летальность составил 1 пациент, умерший от тромбоэмболии лёгочных артерий.

Выводы: По нашему мнению наиболее эффективной точкой приложения роботизированной хирургии с применением хирургического комплекса Da Vinci S является хирургия малого таза, в частности, хирургия прямой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖКТ (GIST)

Надвикова Е.А., Антонов А.А., Гладков О.А.

ГЛПУ «Областной клинический онкологический диспансер», Челябинск, Россия

Цель исследования. Анализ заболеваемости GIST в Челябинской области и результатов лечения.

Материалы и методы. Объектом исследования стали 62 больных с GIST. (2003-2006 гг. – 9. случаев, 2007 г. – 14, 2008 г. – 17, 2009 г. – 23). Локализация опухоли – желудок 28 (45.2%), тонкая кишка – 21 (33.9%), прочие – 13 (20.9%) . На момент установления диагноза у 6 больных (9.6%) заболевание находилось в метастатической фазе. Оперировано 57 больных, 5 операций были циторедуктивными. Проведенные операции : 13 клиновидных резекций желудка , 7 субтотальных резекций желудка, 7 гастрэктомий, 19 резекций тонкой кишки, 5 панкреатодуоденальных резекций. При локализации в пищеводе в 2 случаях проведено эндоскопическое удаление опухоли, в 1 случае удаление опухоли путем эзофаготомии. Также были проведены : 1 брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, 2 удаления экстраорганных опухолей брюшной полости.

Результаты. После проведенного радикального хирургического лечения прогрессирование отмечено у 10 больных из 52 (19.2%) . Сроки прогрессирования составили от 5 до 60 мес., в среднем – 23.5 мес. Таргетную терапию иматинибом в дозе 400 мг/сут. получают 11 больных. Сроки приема иматиниба составляют от 3 до 58 месяцев. У 7 больных отмечена стабилизация заболевания или частичный ответ. В 3 случаях отмечено прогрессирование на фоне таргетной терапии, доза увеличена до 800 мг/сут., 1 больной погиб от дальнейшего прогрессирования.

Выводы: 1) Отмечается рост заболеваемости GIST в Челябинской области, что связано с улучшением диагностики, широким внедрением в клиническую практику иммуногистохимического исследования. 2) При метастатических формах GIST применение таргетной терапии позволяет существенно улучшить результаты лечения.

КЛАПАННЫЕ АНАСТОМОЗЫ В ХИРУРГИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Новожилов В.Г., Бахлаев И.Е., Складов С.О., Ястребова А.В.

ГУЗ «Республиканский онкологический диспансер», г. Петрозаводск, Россия

Введение. Оптимизация способов соединения тонкой кишки с толстой остается в настоящее время актуальной задачей.

Цель исследования: провести сравнительную оценку клапанных и традиционных тонко-толстокишечных анастомозов при хирургическом лечении рака правой половины ободочной кишки.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 139 больных раком правой половины ободочной кишки, которым была выполнена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза. Результаты операций оценивались по результатам клинических данных, ректороманоскопии, ирригоскопии, фибро-

колоноскопии.

Результаты и обсуждение. 89 (64%) из 139 тонко-толстокишечных анастомозов были выполнены в варианте поперечного инвагинационного клапанного соустья по Витебскому. У 50 (36%) больных восстановление пассажа по кишечнику осуществлено с помощью наложения традиционного продольного илеотрансверзоанастомоза. Установлено, что при наложении клапанных анастомозов не наблюдалось таких осложнений как несостоятельность швов с развитием перитонита в раннем послеоперационном периоде и рефлюкс-энтерита в отдаленные сроки наблюдения. Частота обострения сопутствующей патологии толстой кишки (колиты, проктосигмоидиты) уменьшилась в 1,5 раза. Функциональные нарушения (поносы, запоры, неустойчивый стул) встречались в 4 раза чаще у больных, которым были наложены продольные анастомозы.

Заключение. Выполнение клапанных соустьев приводит к снижению числа ранних и поздних операционных осложнений и улучшает качество жизни больных.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА

Павелец К.В., Медведев К.В., Лобанов М.Ю., Вавилова О.Г., Протченко М.А.

Кафедра факультетской хирургии имени проф. Русанова А.А. СПбГПМА, Мариинская больница, Санкт-Петербург, Россия.

Цель: Расширить показания к хирургическому лечению рака пищевода.

Материалы и методы: В основу работы положен опыт хирургического лечения 120 больных, с карциномой пищевода за период с 2000 по 2009 гг. (50 пациентов зрелого и среднего возраста – первая группа и вторая группа – 70 пожилого и старческого). У больных зрелого возраста сопутствующая патология наблюдалась у 23-х, пожилого и старческого возраста у всех больных.

Эхокардиографический мониторинг произведен у 45-и из 70-и пациентов в возрасте от 65 до 79 лет (средний возраст составил 71 ±5,9 год). Эхокардиографический протокол включал как морфометрические, так и гемодинамические параметры, с учетом функции левого желудочка, характеристики правых камер, давление в легочной артерии.

Эндоскопическая ультрасонография (ЭСГ) выполнена 10-и пациентам. При эндоскопии опухоль пищевода подтверждена у всех пациентов. По степени инвазии карциномы в стенку пищевода данные ЭСГ не совпали с патогистологическим исследованием у 4-х пациентов. Метастазы в лимфатических узлах средостения выявлены и подтверждены гистологически у 7.

Основу хирургического вмешательства составляли резекция грудного отдела пищевода, части кардиального отдела желудка и расширенная двухуровневая лимфодиссекция с перевязкой грудного лимфатического протока.

Результаты: Из 120 оперированных пациентов осложнения возникли у 14 (11,7%). В первой группе у 3 (6%): кровотечение в плевральную полость – 1, пневмония – 1, ТЭЛА – 1 и 11 (15,7%) во второй: кровотечение в плевральную полость – 2, острый инфаркт миокарда – 1, пневмония – 4, острый пиелонефрит – 1, пароксизмальная тахикардия – 1, нагноение торакальной раны – 1, нагноение срединной раны – 1.

Справиться с возникшими осложнениями удалось у 8 больных. У 6 они послужили причиной смерти. У одного в первой группе имела место ТЭЛА. Во второй группе умерло 5 пациентов (острая сердечно-сосудистая недостаточность – 1, острый инфаркт миокарда – 1, ТЭЛА – 2, полиорганная недостаточность – 1. Общая летальность составила 5% (2%; 7,1%). Следует отметить, что в группе больных (45) с эхокардиографическим мониторингом в послеоперационном периоде умерло 2 пациента. В группе больных, не подвергшихся мониторингу (25) погибло 4.

Выводы: Паспортный возраст и наличие сопутствующей патологии, как таковой, не является абсолютным противопоказанием к

выполнению радикального хирургического вмешательства при раке пищевода. В дооперационной оценке функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем у больных пожилого и старческого возраста, страдающих карциномой пищевода, предпочтение следует отдавать ЭхоКГ. Эндосонография пищевода является эффективным исследованием для определения инвазии опухоли в стенку пищевода и выявления регионарных метастазов.

МОДИФИКАЦИЯ ПОСЛЕДНЕГО ЭТАПА РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Пак Д.Д., Ермощенкова М.В.

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

Введение. Регионарная лимфаденэктомия при радикальных мастэктомиях (РМЭ) приводит к неизбежной лимфореи (ЛР), осложняющей течение послеоперационного периода.

Цель работы. Эффективная хирургическая профилактика послеоперационной лимфореи после РМЭ, не требующая специального оборудования, доступная для широкого хирургического применения.

Материалы и методы. Изучены ближайшие результаты оперативного лечения 113 больных раком молочной железы (РМЖ). Контрольную группу составили 78 пациенток, которым была выполнена РМЭ по Madden по стандартной методике. 35 больным была выполнена РМЭ по Madden с модификацией последнего этапа – пластикой подмышечно-подключично-подлопаточной области композитным мышечным трансплантатом (заявка на патент № 2009149072 (30.12.09)).

Результаты. В контрольной группе средний объем ЛР составил 1746 мл при среднем количестве эвакуаций лимфы (КЭЛ) – 19, ранние раневые осложнения выявлены у 17 (21,8%) больных, постмастэктомический отек (ПМОК) I-II степени – у 48%, болевой синдром – у 32,7%. В основной группе у 94,3% (33) пациенток ЛР не было. У 1 больной (2,8%) общий объем ЛР составил 240 мл, КЭЛ – 6. У 1 пациентки общий объем ЛР составил 40 мл при однократной пункции. Воспалительные изменения в области раны не отмечены, болевой синдром присутствовал у 28,5% (10), был купирован через 6 дней применением НПВС, ранний преходящий ПМОК зафиксирован у 20% (7) больных.

Выводы. Методика пластики подмышечно-подключично-подлопаточной области композитным мышечным трансплантатом при РМЭ позволила исключить послеоперационную ЛР, выполнить всем пациентам бездренажную РМЭ, может быть рекомендована к использованию в хирургических стационарах онкологического профиля.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАННИХ ФОРМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.

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

ГНЦ колопроктологии Росмедтехнологий,
Москва, Россия.

Актуальность: Трансанальная эндомикрохирургия (ТЭМ), предложенная Buess G. в 1983 г., по данным литературы, сопоставима по онкологической эффективности с брюшно-промежностными вмешательствами при лечении начальных форм рака прямой кишки T_{is}-1N0M0G1-2. Ограниченные поля зрения, затрудненное манипулирование инструментами при ТЭМ и высокая стоимость оборудования послужили поводами к разработке в ГНЦ колопроктологии в 1999 г. методики безгазового трансанального эндохи-

рургического (ТЭХ) удаления новообразований прямой кишки.

Материалы: С 1999 по 2010 г. 67 пациентов (32 мужчины) с начальными формами рака прямой кишки перенесли ТЭХ, средний возраст составил 64,4 (от 49 до 86) лет. Средний размер опухолей составил 2,7±0,9 см (от 0,8 до 6,0), среднее расстояние от зубчатой линии – 6,9±1,7 см (от 1,0 до 11,0).

Результаты: Интраоперационных осложнений не было. Среднее время операции составило 57,9±21,4 минут и колебалось от 25 до 120, кровопотеря – 39,5±29,3 мл (0 – 180). Среднее расстояние от края опухоли до границы резекции в удаленных препаратах варьировало от 0,4 до 1,5 см в среднем 0,83 ± 0,34 см. У 4 пациентов (5,9%) развились послеоперационные осложнения. У двух отмечена задержка мочеиспускания, еще у двух – воспалительные осложнения. Умерла одна больная от флегмоны предбрюшинной и окологрызной клетчатки (летальность 1,4%). Гистологическое исследование операционных препаратов выявило 12 опухолей T_{is}, 35 – T1G1-2, 2 – T1G3, 7 – T2G1-2 и 1 – T3G3. 6 пациентам с аденокарциномами T2G1-2 в послеоперационном периоде проведена дистанционная лучевая терапия (СОД от 35 до 50 Гр). Прослежено 89,7% больных в сроки от 4 до 109 месяцев, в среднем 24,3±11,2. Развитие рецидивов выявлено у 2 пациентов (5%) с новообразованиями T1G2 через 17 и 18 месяцев. Одному из них выполнена экстирпация прямой кишки, и он продолжает наблюдаться без признаков возврата заболевания 28 месяцев, второй отказался от предложенной экстирпации и умер спустя 4 месяца от генерализации заболевания. Актуаральная безрецидивная 5-летняя выживаемость с новообразованиями pT_{is} и pT2 составила 100%, а с опухолями pT1 – 92,9%.

Выводы: Применение безгазовой методики трансанальной эндохирургии онкологически эффективно при лечении раннего рака прямой кишки в стадии Tis-1N0M0. Применение данной методики возможно у пожилых пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями при распространенности опухолей T2N0M0, с проведением в послеоперационном периоде адьювантной химио-лучевой терапии.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ СПЛЕНЭКТОМИИ

Потемин С.Н., Грицаев Е.И., Гуменюк С.Е., Левичкин В.Д.

Клинический онкологический диспансер №1,
Краснодар, Россия

Лапароскопическая спленэктомия (ЛС) имеет ряд преимуществ перед традиционной в связи с малым разрезом, меньшей болью после операции и коротким периодом восстановления.

Цель исследования: оценить результаты лечения пациентов после открытой и лапароскопической спленэктомии.

Методы: В 2009г. выполнено 15 спленэктомий, из которых три – лапароскопически из положения пациентов на правом боку.

Результаты: Средний возраст составил 56,5 ± 13,3 лет. Открытые спленэктомии (ОС) произведены 12 больным по поводу злокачественных лимфом, при этом размер селезенки достигал 30x15x18 см. Три больных группы ЛС были с идиопатической тромбоцитопенией (ИТП), по данным исследования у них были нормальные размеры селезенки. Обработка сосудов селезенки при ЛС производилась с помощью эндостеплера. Препараты после отсечения помещались в пластиковые кульки и удалялись по частям через разрез длиной до 4 см. Средний вес препаратов был 135 гр. Среднее время ЛС составляло 150 мин., средняя кровопотеря составляла 220 мл. 1 пациент был реоперирован через 4 часа после ЛС по поводу кровотечения из разреза передней брюшной стенки. Послеоперационное пребывание при ЛС составило 6,7±0,5, при ОС 9,5±1,3.

Заключение: Лапароскопическая спленэктомия показана пациентам с ИТП. Применение эндостеплера обеспечивает надежный гемостаз в области ворот селезенки и сокращает время операции.

**СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ
КАК РЕЗУЛЬТАТ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ
ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ**

Расулов А.О., Шельгин Ю.А., Бойко А.В., Дрошнев И.В.

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

Экстирпация прямой кишки по поводу рака носит калечащий характер и ограничивает дееспособность пациента, приводя к его изоляции от общества.

Цель: увеличение возможности выполнения сфинктеросохраняющих операций путем применения предоперационной химиолучевой терапии (ХЛТ) при раке прямой кишки (РПК).

Материалы и методы: С 2006 по 2010 гг. в протокол исследования по комплексному лечению включены 266 пациентов РПК Т2-4N0-1, из которых 121 пациент получил ХЛТ (основная группа) и 145 – хирургическое лечение (контрольная группа). Расстояние от ануса до опухоли составило в среднем - 5,1±2,3 см и 6,8±2,8 см, а при нижеампулярном раке (0-6 см) - 3,8±1,3 см (n=75) и 4,2±1,5 см (n=64), соответственно. ХЛТ проводилась в режиме динамического фракционирования СОД 47 Гр, 5-ФУ СД 2,5-3 г, цисплатина СД – 90 мг. Хирургическое вмешательство выполнялось через 5-7 недель после окончания ХЛТ. Всем пациентам проводилась послеоперационная химиотерапия Хелох.

Результаты: Регрессия стадии опухоли зарегистрирована у 65,7% облученных больных. В 73,1% наблюдений выявлен лучевой патоморфоз 1-3 степени по Mandard. В результате расстояние от края ануса до опухоли увеличилось с 5,1±2,3 до 5,6±2,2 см, а при нижеампулярном раке с 3,8±1,3 до 4,5±1,5 см.

У 10,7% (13/121) пациентов основной и 9,7% (14/145) контрольной группы выполнены паллиативные вмешательства. В основной группе выполнено достоверно меньше экстирпаций прямой кишки при нижеампулярном раке в сравнении с контрольной группой (30,7% [23/75] и 55,2% [32/58], соответственно, p=0.0044), и достоверно больше сфинктеросохраняющих и реконструктивно-пластических операций среди которых преобладали проктэктомии с сохранением наружного сфинктера и тотальной аноректальной реконструкцией (25,3% [19/75] и 5,2% [3/58], p=0.0019).

Осложнения, связанные с перенесенной операцией, развились у 13% [14/108] и больных основной и 9,2% [12/131] – контрольной группы, p>0.05. В сроки 2-54 месяцев (медиана - 17 мес.) рецидивы выявлены в 0,9% и 7,3% (p=0.01), а метастазы - 7,3% и 6,4% в основной и контрольной группе соответственно. Трехлетняя безрецидивная выживаемость составила 80,2% и 66,8%, соответственно, p>0.05.

Выводы. Предоперационная ХЛТ способствует выполнению достоверно большего количества сфинктеросохраняющих операций при нижеампулярном раке не увеличивая количество послеоперационных осложнений и достоверно уменьшая частоту местных рецидивов в сравнении с контрольной группой.

РОЛЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗЕРВОВ ПЕЧЕНИ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Сидоров Д.В.¹, Каралкин А.В.², Ложкин М.В.¹, Швейкин А.О.¹

¹ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена
² Городская клиническая больница №1

В настоящее время хирургическое лечение является единственным шансом на полное излечение у больных как с гепатоцеллюлярным раком, так и с метастатическим поражением печени при различных опухолях. При отсутствии специализированного лечения средняя медиана выживаемости у данной категории больных не превышает одного года. Единственным потенциальным шансом на излечение для них является хирургическое удаление пораженных участков печени. Однако потенциально курабельную резекцию печени удаётся выполнить только у 10-15%

больных в связи с распространённым поражением печени, неудовлетворительным общим функциональным состоянием больных или наличием внепечёночных очагов заболевания.

В настоящее время в дополнение к стандартным методам предоперационного обследования начинают активно применяться методики, направленные на оценку функциональных резервов остающейся доли печени. Кроме того, оценка таких интраоперационных показателей как продолжительность операции, объём кровопотери, длительность пережатия гепато-дуоденальной связки, также позволяет прогнозировать риск развития послеоперационных осложнений.

К настоящему времени у 27 больных, которым выполнена резекция печени, нами проведено углубленное предоперационное обследование, целью которого являлась оценка функциональных резервов печени и определение риска развития специфических пострезекционных осложнений. В представленный спектр обследований входят статическая и динамическая сцинтиграфия печени, ультразвуковая оценка кровотока по печёночным и селезёночной артериям и дыхательный тест с метацинтином ¹³C.

Кроме того, всем больным обязательно выполнялось интраоперационное УЗИ и проводилась регистрация общей и поэтапной кровопотери, продолжительности гемостаза и всей операции, продолжительность пережатия печёночно-двенадцатиперстной связки, сопутствующей лекарственной терапии и объёма гемотрансфузии.

Среди данной группы больных специфические осложнения возникли у 8 человек (29,6%). У 4-х пациентов возникла острая печёночная недостаточность, у 3-х развился асцит, у одного больного возник желчный свищ. По данным предоперационного обследования у всех 8-ми больных имелось снижение функциональных резервов печени. У них проводилась более интенсивная послеоперационная терапия, с целью максимальной реабилитации больных. Летальных исходов среди пролеченных нами больных не зарегистрировано.

Таким образом, проведение углубленной предоперационной оценки функциональных резервов печени является важным моментом профилактики развития специфических послеоперационных осложнений.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПЕЧЕНИ

Сидоров Д.В., Ложкин М.В., Швейкин А.О.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена

В настоящее время хирургическая гепатология является одним из наиболее интенсивно и динамично развивающихся направлений современной хирургии. В первую очередь все эти достижения касаются хирургии первичных злокачественных новообразований печени. Пятилетняя выживаемость после резекции печени по поводу метастазов колоректального рака варьирует от 35 до 60%.

С 2005 по 2010 год нами выполнено 67 резекций по поводу первичного рака печени. Среди оперированных пациентов мужчин было 35 (52,24%), а женщин – 32 (47,76%). Возраст больных варьировал от 23 до 78 лет, средний возраст составил 57,8±10,7 лет.

При выполнении анатомических резекций печени мы всегда использовали воротный доступ. Начиная с января 2008 года, при анатомических резекциях стали использовать методику атравматичного воротного доступа, основанную на прецизионном выделении глассоновых пучков.

Также с 2008 года все больные, которым выполнялась резекция печени, подвергались углубленному предоперационному обследованию, целью которого являлась оценка функциональных резервов печени и определение риска развития специфических пострезекционных осложнений. В представленный спектр обследований входят статическая и динамическая сцинтиграфия печени, ультразвуковая оценка кровотока по печёночным и селезёночной артериям и дыхательный тест с метацинтином ¹³C.

В послеоперационном периоде специфические послеоперационные осложнения были выявлены у 6 больных (8,9%). У 4-х больных возникла транзиторная печёночная недостаточность, у одного больного – асцит, у одного больного – желчный свищ. Тактика послеоперационной терапии больных строилась на основании результатов предоперационной оценки функциональных резервов печени. Больных со снижением функ-

циональной активности печени получали более мощную послеоперационную терапию.

При метастатическом поражении печени 1 и 3-летняя выживаемость больных составила 91,1±5,4% и 48,9±6,9%, соответственно.

Резекционной хирургии по-прежнему принадлежит ведущая роль в лечении опухолевых поражений печени. Важнейшую роль в профилактике осложнений играет предоперационная оценка функциональных резервов печени и объема остающейся функционирующей паренхимы.

ТЕХНИКА И НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕРВОСБЕРЕГАЮЩИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Сидоров Д.В., Ложкин М.В., Троицкий А.А., Гришин Н.А., Петров Л.О., Пузаков К.Б.

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

Актуальность. В хирургии рака прямой кишки до последнего времени одними из самых серьезных послеоперационных осложнений остаются мочевые расстройства. Основным механизмом их развития является интраоперационная травматизация элементов вегетативной нервной системы таза (ВНСТ).

Материалы и методы. Материалом для исследования послужил анализ результатов лечения 12 больных, оперированных в МНИОИ им. П.А. Герцена в период с 2009 по 2010 год. У всех пациентов стандартные оперативные вмешательства дополнялись полным сохранением элементов ВНСТ. Во время выполнения нервосберегающих оперативных вмешательств акцентировали внимание на следующие этапы мобилизации прямой кишки: перевязка нижней брыжеечной артерии у места ее отхождения от аорты, где возможно повреждение нижнебрыжеечного сплетения и левого поясничного внутренностного нерва; выделение задней стенки прямой кишки на уровне промонториума, которое может сопровождаться повреждением гипогастриальных нервов; мобилизация боковой стенки прямой кишки в области средней прямокишечной артерии, где возможна травматизация тазового сплетения.

Функциональные результаты оценивались при помощи анкет – опросников (IPSS, МИЭФ-5, ХП-СХТБ) и результатов урофлоуметрии как до, так и после операции.

Результаты. У всех пациентов самостоятельное мочеиспускание восстановлено в сроки 1-2 дня после операции, т.е. сразу после первого удаления мочевого катетера. Объем остаточной мочи не превышал 50 мл. Показатели урофлоуметрии (время и максимальная скорость потока, время максимальной скорости и средняя скорость потока) статистически значимо не отличались до и после выполненного оперативного вмешательства. При анализе анкет-опросников так же не было получено статистически значимых различий в результатах на до- и послеоперационном периоде.

Выводы. Использование техники нервосберегающих оперативных вмешательств приводит к снижению частоты развития мочевых расстройств и тем самым улучшает качество жизни оперированных больных.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДИК У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Сидоров Д.В., Белоус Т.А., Гришин Н.А., Ложкин М.В., Майновская О.А., Петров Л.О.

МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва, Россия

Наиболее распространенными опухолями аппендикса являются муцинозные цистаденомы и цистаденокарциномы, а так же карциноидные опухоли червеобразного отростка. Неоднозначность хирургической и онкологической тактики, преимущественно молодой возраст пациентов определяют актуальность проблемы лечения данной группы больных.

Материалы и методы: Нами проанализированы результаты применения лапароскопических методик в лечении 14 больных опухолями червеобразного отростка: 7 пациентов (2 мужчины, 5 женщин) с муцинозными опухолями и 7 больных (4 мужчины, 3 женщины) с карциноидами аппендикса.

У всех 7 больных карциноидные опухоли червеобразного отростка являлись случайной находкой при плановом морфологическом исследовании удаленного аппендикса. Средний возраст больных составил 24,2±6,4 лет (от 18 до 34 лет). Признаков наличия резидуальной опухоли, существенного повышения уровней биохимических маркеров (5-НИАА и NSE), равно как и клинических проявлений карциноидного синдрома не было выявлено ни у одного больного. Средний размер опухоли составил 13,2±4,1 мм (от 9 до 18 мм). Хирургическая тактика была избрана в отношении трех пациентов с локализацией процесса в теле червеобразного отростка, размерами опухоли 15, 16 и 18 мм, инвазией всей толщи стенки отростка, наличием сосудистой инвазии. Всем трем пациентам выполнена флюоресцентная лапароскопия, лапароскопическая ассистированная правосторонняя гемиколэктомия с применением «трех-троакарной техники», лимфаденэктомия в стандартном объеме, обработкой а. et v. ileocolica на уровне нижнего края поджелудочной железы. Признаков накопления фотосенсибилизатора за пределами стенки кишки и ее брыжейки не было выявлено ни у одного больного. Среднее количество удаленных лимфоузлов составило 17,6 (13-24). Средняя длина лапаротомного разреза – 4,5 см.

В одном случае при гистологическом исследовании опухолевой патологии не выявлено, в двух других диагностированы единичные метастазы в лимфоузлы брыжейки илеоцекального угла. Принимая во внимание R0 характер резекций, адьювантного лечения не проводилось. Все оперированные пациенты живы без признаков прогрессирования процесса, средние сроки наблюдения 15,7 (11-20) месяцев. Четверо больных, оставленных под динамическое наблюдение с мониторингом уровней 5-НИАА и NSE, также живы без признаков прогрессирования, средние сроки наблюдения 18,6 (12-23) месяцев.

Вторую группу больных составили 7 пациентов с муцинозными опухолями аппендикса. Всем больным этой группы на первом этапе выполнена диагностическая флюоресцентная лапароскопия. У двух пациентов отмечено изолированное накопление фотосенсибилизатора в опухоли аппендикса. Этим больным выполнена лапароскопически ассистированная правосторонняя гемиколэктомия с применением «трех-троакарной техники». При плановом гистологическом исследовании у обоих больных диагностированы муцинозные цистаденомы аппендикса.

У трех пациентов при флюоресцентной лапароскопии выявлена картина псевдомиксомы брюшины, среднее значение PCI составило 16 (10-26). Этим больным выполнены циторедуктивные вмешательства, включающие субтотальную париетальную перитонэктомию, экстирпацию большого сальника, интраоперационную фотодинамическую терапию. При плановом гистологическом исследовании у двух пациентов диагностирован перитонеальный аденомуциноз на фоне муцинозной цистаденомы аппендикса, у одного – муцинозный канцероматоз на фоне муцинозной цистаденокарциномы.

У двух пациентов при флюоресцентной лапароскопии выявлено накопление фотосенсибилизатора в опухоли аппендикса, а так же единичные, не видимые в режиме «белого света», депозиты на париетальной брюшине малого таза, правого латерального канала, правого купола диафрагмы. Несмотря на минимальные значения PCI, этим больным выполнены циторедуктивные вмешательства в объеме, аналогичном таковому при определяемой ad oculum псевдомиксоме брюшины. У одного из пациентов диагностирована муцинозная цистаденокарцинома червеобразного отростка, у второго – муцинозная цистаденома.

Обоим больным раком червеобразного отростка рекомендовано проведение адьювантной ПХТ по схеме FOLFOX. Все 7 больных муцинозными опухолями червеобразного отростка живы без признаков прогрессирования процесса, средние сроки наблюдения 20 месяцев.

Заключение: Таким образом, применение лапароскопических методик у пациентов с опухолями червеобразного отростка представляется как высокоинформативным с диагностической точки зрения, так и онкологически обоснованным.

**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ
ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ
В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.**

*Сидоров Д.В., Майновская О.А., Ложкин М.В.,
Гришин Н.А., Троицкий А.А.*

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

Введение. В начале 80-х годов Heald R.J. был предложен новый способ выделения прямой кишки, получивший название «тотальной мезоректумэктомии» (ТМЭ). Его использование позволило улучшить как непосредственные, так и отдаленные результаты лечения рака прямой кишки (РПК). Однако до настоящего времени не удалось добиться всеместного внедрения ТМЭ как стандартной операции при РПК.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужил анализ результатов лечения 561 больного, оперированных в МНИОИ им. П.А. Герцена в период с 1981 по 2009 год. Основную группу (n=119) составили пациенты, которым выполнялась ТМЭ, контрольную (n=442) – пациенты, которым мобилизация прямой кишки выполнялась «стандартным», тупым путем.

Результаты. Частота выполнения сфинктеросохраняющих оперативных вмешательств при выполнении ТМЭ была значительно выше (p<0,05), что связано с возможностью адекватного удаления лимфатических узлов в мезоректуме. Продолжительность операции в контрольной и основной группе составила 210.9±78.9 и 281.6±66.8 минут (p=0,0004) соответственно, что в первую очередь связано с необходимостью тщательной визуализации анатомических структур и межфасциального пространства. Объем интраоперационной кровопотери в основной группе был статистически значимо ниже, чем в контрольной, что обусловлено выделением кишки в бессосудистой зоне при ТМЭ. Частота развития несостоятельности анастомоза статистически не отличалась в двух группах. Частота развития атонии мочевого пузыря была ниже у пациентов основной группы ($\chi^2 = 7.85, p<0.001$), что связано с сохранением элементов автономной нервной системы при выполнении ТМЭ.

Заключение. Использование техники ТМЭ позволяет снизить объем интраоперационной кровопотери и частоту развития урологических осложнений.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННЕГО
РАКА ЖЕЛУДКА**

Скоропад В.Ю., Бердов Б.А., Козлов И.Г.

Медицинский Радиологический Научный Центр РАМН,
Обнинск, Россия.

Цель исследования – анализ непосредственных и отдаленных результатов лечения раннего рака желудка.

Материалы и Методы. Мы располагаем опытом хирургического лечения 208 больных: в 38% случаев опухоль располагалась на уровне слизистого слоя (ни в одном случае не были обнаружены метастазы в лимфатические узлы), а в 62% – прорастала подслизистый слой (регионарные метастазы выявлены у 23 больных (18%), в том числе во втором коллекторе у 6 (4,6%). **РЕЗУЛЬТАТЫ.** В раннем послеоперационном периоде умер один больной (0,5%). Послеоперационные осложнения имели место у 40 (19%) больных; преобладала пневмония (18 больных), несостоятельности швов анастомозов не было. От рецидива заболевания умерли 15 больных, от вторых опухолей – 16; причиной смерти большинства больных были сопутствующие неопухольевые заболевания. Скорректированная по причине смерти 5- и 10-летняя выживаемость превысила 90% и 80%, медиана выживаемости – 15 лет. Два фактора статистически достоверно ухудшали результаты лечения: прорастание опухоли подслизистого слоя и метастатическое поражение лимфатических узлов. Факторный анализ показал отсутствие достоверного влияния объема оперативного вмешательства и лимфодиссекции на отдаленные результаты лечения.

Заключение. Радикальное хирургическое лечение больных ранним раком желудка приводит к вполне удовлетворительным отдаленным результатам. Принципиальная лимфодиссекция D2 не является универ-

сальным путем повышения эффективности лечения, ее следует применять больным с наличием или высоким риском лимфогенных метастазов. Рецидивы являются причиной смерти только ¼ умерших больных, столько же больных умирают от развития вторых опухолей; среди причин смерти преобладает сопутствующая неопухольевая патология.

**ГАСТРЭКТОМИЯ D2 : НИЗКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ,
ВЫСОКИЙ ЛОКО-РЕГИОНАРНЫЙ КОНТРОЛЬ.**

Скоропад В.Ю., Бердов Б.А., Евдокимов Л.В.

Медицинский Радиологический Научный Центр РАМН,
Обнинск, Россия.

Целью работы явился анализ результатов 153 оперативных вмешательств.

Материал и методы. Средний возраст составил 59 лет, осложнения основного заболевания были выявлены у 56% больных. У 99 больных операции предшествовала лучевая или химиолучевая терапия. У большинства больных опухоль имела местно-распространенный характер (Т3-4/N+), низко- и недифференцированное строение, инфильтративный тип роста. Гастрэктомия была выполнена 86 больным, дистальная субтотальная резекция – 65, проксимальная резекция – 3 больным. В 22% случаев операции носили комбинированный характер.

Результаты. Послеоперационные осложнения имели место у 13 (8,5%) больных, преобладали «нехирургические» осложнения». Ни у одного больного не было несостоятельности швов анастомозов. Повторные операции в раннем послеоперационном периоде были выполнены 4 (2,6%) больным. Летальность составила 1,3%, двое больных. Прогрессирование заболевания зарегистрировано у 24 больных в сроки от 2 до 54 мес. (в среднем – 15,6 мес.). Локального (внутрипросветного) рецидива не было ни у одного больного. Регионарный рецидив имел место в 1 случае. Из 23 больных с отдаленными метастазами, в 18 случаев имел место канцероматоз брюшины.

Заключение. Гастрэктомия D2 в специализированном Центре сопровождается низкими показателями послеоперационных осложнений и летальности, высокими показателями локорегионарного контроля.

**КОМБИНИРОВАННЫЕ ПУНКЦИОННЫЕ И
ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ И
МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ**

Скупченко А.В., Скобельцов Д.А., Королёв Д.Г., Лысенко А.В.

Самарский областной клинический онкологический диспансер

С августа 2007 года по март 2010 в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения было выполнено 12 комбинированных вмешательств.

В 5 наблюдениях для улучшения визуализации опухолей печени под ультразвуковым контролем перед их радиочастотной абляцией выполнялось введение углекислого газа в печёночную артерию. Введение углекислого газа позволяло значительно улучшить навигацию под контролем ультразвука. В 4 наблюдениях перед проведением радиочастотной абляции была выполнена селективная эмболизация опухолей печени. В 2 наблюдениях была одномоментно выполнена внутриартериальная эмболизация, временная окклюзия воротной вены и радиочастотная абляция опухоли. Для проведения радиочастотной абляции применялись аппараты Cool Tip (Тусо) и RITA (Angiodynamics).

Результаты вмешательств оценивались при помощи компьютерной томографии или МРТ с контрастным усилением.

Введение углекислого газа в печёночную артерию позволяет значительно улучшить навигацию под контролем ультразвука при проведении радиочастотных абляций гипervasкулярных опухолей печени. Сочетанное использование химиоэмболизации, временной окклюзии воротной вены позволяет проводить радиочастотную абляцию опухолей, непосредственно прилежащих к ветвям воротной вены.

**ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ
В ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА***Слугарев В.В., Гамаюнов С.В., Денисенко А.Н., Шумская И.С.,
Пахомов С.Р.*ГУЗ Нижегородский областной онкологический диспансер,
Нижний Новгород, Россия

Цель исследования. Оценить целесообразность комплексного лечения распространенных стадий операбельного рака желудка.

Материалы и методы. 96 пациентов в возрасте от 33 до 77 лет с морфологически верифицированным диагнозом рак желудка. Из них 39 пациентов в раннем послеоперационном периоде получили курс эндолимфатической полихимиотерапии (два введения по схеме эпопозид 100 мг, фторурацил 750 мг, цефтриаксон 3,0 г) и 6 курсов системной полихимиотерапии по схеме ELF, остальные получали только хирургическое лечение. Группы были сопоставимы по основным показателям. В обеих группах преобладали распространенные опухоли (IIIА-IV стадии до 80%).

Результаты. Запланированное лечение полностью завершили 90% пациентов (36/40 случаев). Местные осложнения эндолимфатической ПХТ составили 17%, системная токсичность – 15% без токсичности III-IV ст. Системная токсичность III-IV ст при проведении курсов системной ПХТ составила 8%. В группе комплексного лечения отмечено увеличение медианы общей выживаемости на 16,7±5,0 месяцев, безрецидивной выживаемости на 17,7±7,19 месяцев (P=0,049), снижение частоты внутрибрюшного рецидива в первые два года наблюдения на 22±18,2% (P<0,05).

Выводы. Проведение эндолимфатической терапии может быть начато в ранние сроки после выполнения оперативного компонента лечения, что не увеличивает частоту и тяжесть послеоперационных осложнений и не оказывает негативного влияния на течение послеоперационного периода. Разработанная методика комплексного лечения отличается безопасностью и хорошей переносимостью. Полученные результаты безрецидивной выживаемости и частоты внутрибрюшного рецидива в первые два года наблюдения свидетельствуют о перспективности дальнейшего изучения предложенной методики.

**ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ НЕХОДЖКИНСКИХ
ЛИМФОМ КИШЕЧНИКА***Суанова З.А., Шаленков В.А., Поддубная И.В., Неред С.Н.*Кафедра онкологии РМАПО,
РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН,
Москва.

Введение: первичные неходжкинские лимфомы (НХЛ) тонкой и толстой кишки – редкая патология. Хирургические аспекты лечения этой патологии изучены недостаточно.

Цель работы: улучшение результатов лечения больных первичными НХЛ кишечника.

Материалы и методы: в 1995-2008 гг. наблюдались 33 пациента с первичными НХЛ кишечника. Средний возраст 46,5 (15-76) лет. Поражение тонкой кишки выявлено у 15 (45,3%) пациентов, толстой кишки у 10 (30%), сигмовидной и прямой у 2 (6%), аппендикулярного отростка у 1 (3%). У 5 (15%) больных наблюдалось сочетанное поражение толстой и тонкой кишки. Из 33 больных у 26 заболевание манифестировало клиникой кишечной непроходимости, у 1 кровотечением и у 1 перфорацией стенки кишки.

Результаты и обсуждение: Резекции тонкой кишки выполнена у 17 (61 %) больных, правосторонняя гемиколэктомия у 10 (36 %), резекция илео-цекального перехода у 4 (14 %), формирование обходных анастомозов у 1 (3,5 %). Двум (7 %) пациентам выполнили резекцию сигмовидной кишки в сочетании с резекцией подвздошной кишки.

У 24 пациентов вмешательство носило радикальный характер, а у 4-х – паллиативный в связи с наличием забрюшинных (парааортальных) лимфатических узлов. В-клеточная лимфома выявлена у подавляющего числа больных – 32 (97%), Т-клеточная лимфома – у одного больного (3%). 24 пациента получили в послеоперационном периоде химиолучевую и химиотерапию. 5 пациентов (из не оперированных) по-

лучили только химиотерапию и лучевую терапию. Общая 5 летняя выживаемость составила 78,8%, а 5 - летняя безрецидивная выживаемость – 75%.

Заключение: Таким образом, у большинства больных НХЛ заболевание проявилось осложнениями, требующими хирургического вмешательства, а последующая химиотерапия и химиолучевое лечение позволяют достичь удовлетворительных отдаленных результатов.

**ОТДАЛЕННЫЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ РАКА***Уваров И.Б., Виниченко А.В.*Клинический онкологический диспансер №1,
г.Краснодар, Россия

Цель работы: оптимизация хирургических технологий проксимальной резекции желудка при раке на основе оценки отдаленных функциональных результатов операции.

Материалы и методы. В отдаленном периоде (более 1 года) обследовано 9 пациентов после проксимальной резекции желудка (ПРЖ) с еюногастропластикой (ЕГП) (I группа) и 47 – после ПРЖ с концевым инвагинационным пищеводно-желудочным анастомозом (ПЖА) (II группа).

Результаты. При эндоскопическом исследовании отмечено, что в I группе частота и выраженность рефлюкс-эзофагита (РЭ) были меньше (p<0,05), в частности, эрозивных поражений слизистой оболочки пищевода (СОП) не отмечено ни в одном случае. Во II группе признаки РЭ имелись у 15 пациентов: у 3 (6,4%) катарального, у 12 (25,5%) – эрозивного характера. У больных I группы РЭ I степени тяжести (по Savary-Miller) выявлен у 1 больного, во II группе тяжелые формы РЭ отмечались у 2 пациентов (4,2%), еще у 7 (14,9%) – среднетяжелой и легкой степени (p<0,05). Морфологические критерии РЭ имелись приблизительно у 25% пациентов II группы, у 20,8% из них – эрозивное поражение СОП, в то время как в биоптатах пациентов I группы эрозии не обнаружены ни в одном случае. Гастрозофагальный рефлюкс (ГЗР) при рентгенологическом исследовании зафиксирован у 9 (14,7%) пациентов II группы, у пациентов I группы рефлюкса не выявлено. Пациенты, перенесшие ПРЖ с ЕГП характеризовались более высокими показателями качества жизни по шкалам физического и психического здоровья (опросник SF-36).

Заключение. В отдаленном периоде ПРЖ с ЕГП имеет преимущества перед ПРЖ с концевым ПЖА в виде меньшей частоты и степени выраженности РЭ (клинически, инструментально и морфологически), более высоких показателей качества жизни у оперированных пациентов, что позволяет рассматривать ПРЖ с ЕГП как оптимальную схему реконструкции при ПРЖ.

НЕОТЛОЖНЫЕ АСПЕКТЫ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ*Фролов А.П., Мионов В.И.*Кафедра общей хирургии с курсом урологии
Иркутский государственный медицинский университет

Рак прямой кишки занимает важное место в ряду наиболее часто встречающихся злокачественных поражений. Несмотря на современные тенденции к максимальной концентрации таких больных в специализированных лечебных учреждениях, значительная их часть госпитализируется в стационары общехирургического профиля по экстренным показаниям.

Клиника общей хирургии ИГМУ располагает опытом лечения 47 больных с осложненным раком прямой кишки, из них у 2 больных имелась двойная локализация опухоли (вторая в ободочной кишке). Средний возраст пациентов составил 65,7±1,5 лет

У 30 больных имелась клиника обтурационной толстокишечной непроходимости в сочетании с кровотечением (19), параканкрозным воспалением (8), перфорацией опухоли (3), прорастанием опухолью окружающих тканей (4). У остальных больных имелась перфорация опухоли (3), кровотечение (3), прорастание соседних органов (3), параканкрозное воспаление (2) в качестве самостоятельных осложне-

ний, либо гнойный перитонит (6).

Консервативное лечение оказалось эффективно у 20 больных, они были направлены в специализированные учреждения онкологического профиля. Оперировано 24 больных в экстренном или срочном порядке, им выполнены левосторонняя гемиколэктомия (11), наложение двустольной сигмо- или трансверзостомы (5), экстирпация прямой кишки (5), передняя резекция прямой кишки (2), операция Гартмана (1), наложение обходного анастомоза (1).

Умерло 10 больных, из них 7 в группе оперированных. В 3 наблюдениях наступил летальный исход в дооперационном периоде ввиду крайне тяжелого состояния больных на фоне запущенного онкологического процесса.

ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАЗОВ В ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЧА.

Фролов А.С., Крехно О.П., Ермаков В.Е., Марченко К.С., Медведев В.А.

Городская клиническая больница №5,
Тольятти, Россия.

Одной из актуальных проблем в онкологии является метастатическое поражение печени. По локализации метастатического рака печень занимает первое место среди всех органов.

Цель исследования: Оценка ближайших (до 1 года) результатов лечения больных со злокачественными новообразованиями толстой кишки, желудка, молочной железы с метастазами в печень с использованием РЧА.

Материалы и методы: По локализации первичной опухоли выделены 3 группы. В исследование включены 30 пациентов которым выполнено хирургическое лечение первичной опухоли с радиочастотной термоабляцией метастазов в печени. Мужчин было 19, женщин – 11, средний возраст пациентов составил 60 лет. Рак толстой кишки был у 21 больного (среднее количество метастатических узлов составило 4, средний размер – 4 см). У 5 больных выявлен рак желудка (среднее количество метастатических узлов 2, средний размер – 2,5 см). Рак молочной железы диагностирован у 4 женщин (среднее количество метастатических узлов – 3, средний размер – 2 см). Лечение осуществляли аппаратом COOL-TIP. Преимуществом РЧА является температурный контроль за качеством выполнения манипуляции в режиме реального времени, что обеспечивается наличием нескольких встроенных в зонд термодатчиков. РЧА выполнялась нами либо во время операции по поводу первичной опухоли, либо отсрочено. В группе больных с диагнозом рак толстой кишки в течении 1 года летальных исходов не наблюдалось, повторных абляций не проводилось. В группе больных с диагнозом рак желудка все больные умерли от прогрессирования метастатического процесса. У всех пациентов с злокачественной опухолью молочной железы отмечено прогрессирование метастатического процесса, что потребовало повторных абляций.

Заключение: Лечение метастазов в печени при раке толстой кишки, включающее хирургическую операцию на первичной опухоли с радиочастотной абляцией метастазов печени позволяет повысить показатели одногодичной летальности, пациенты с диагнозом рак желудка, молочной железы требуют дальнейшего изучения.

ПРИМЕНЕНИЕ СВЕРХНИЗКИХ ТЕМПЕРАТУР ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ханевич М.Д., Манихас Г.М., Вашкуров С.М., Фадеев Р.В., Диникин М.С.

ГУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»,
г. Санкт-Петербург, Россия.

Введение. Хирургическое вмешательство при раке поджелудочной железы продолжает оставаться основным методом лечения. Тем не менее, 5-летняя выживаемость сохраняется на низком уровне, составляя от 5 до 12%. Одной из причин неудовлетворительных результатов явля-

ются трудности соблюдения абластики при мобилизации поджелудочной железы из окружающих тканей.

Цель работы. С помощью криовоздействия на опухоль поджелудочной железы с глубокой заморозкой окружающих тканей создать оптимальные условия для предупреждения транслокации опухолевых клеток в кровеносное и лимфатическое русло во время выполнения радикальных операций.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 28 больных, оперированных по поводу рака поджелудочной железы с применением криовоздействия жидким азотом. В 14 случаях производилась панкреатодуоденальная резекция, в 12 случаях – дистальная резекция, в 2 – панкреатэктомия. Криовоздействие осуществлялось неоднократно во время операции с завершающим этапом на ложе удаленной части железы. Для этого использовался отечественный аппарат «Крио-МТ» с созданием на аппликаторе температуры -180°C.

Результаты и обсуждения. Во время криовоздействия на зону опухоли всегда удавалось добиться создания «ледяной глыбы» из опухоли и окружающих тканей. В таких случаях выделение пораженной части поджелудочной железы происходило с минимальной травматичностью и небольшим количеством крове- и плазмопотери. Мобилизация от магистральных сосудов была удобной и технически простой. Трехлетнее наблюдение за больными дало возможность рассчитывать на улучшение результатов хирургического лечения рака поджелудочной железы. Так, из 28 оперированных больных, умерло 15 (53,6%) человек.

Заключение. Применение криовоздействия при радикальных хирургических вмешательствах по поводу рака поджелудочной железы позволяет значительно улучшить трехлетнюю выживаемость, что связано в первую очередь с повышением абластики во время хирургического вмешательства.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Ханевич М.Д., Манихас Г.М., Фридман М.Х., Вашкуров С.М., Фадеев Р.В., Балахнин П.В., Чалаев А.Г., Юсифов С.А., Диникин М.С.

ГУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»,
г. Санкт-Петербург

В настоящее время наиболее эффективным методом лечения метастазов колоректального рака печени является хирургическое лечение. Усовершенствование техники операции на печени, положительный эффект системной химиотерапии значительно увеличило число больных у которых операция по поводу метастатического поражения печени стала выполняться.

Под нашим наблюдением находилось 98 больных, которым проводились операции по поводу метастатического поражения печени. У 79 больных была выполнена атипичная резекция печени. В эту группу вошли пациенты, которым операция выполнялась на толстой кишке и печени одновременно. Во всех случаях имелись единичные метастазы, локализующиеся в подкапсульной зоне. У 19 больных операция на печени выполнялась после химиотерапевтического лечения. При этом в 15 случаях была выполнена правосторонняя гемигепатэктомия, в 4 – левосторонняя гемигепатэктомия. У 10 больных с множественными метастатическими очагами перед операцией проводилась регионарная химиоэмболизация сосудов печени. Перед резекцией опухолевые узлы печени подвергались криовоздействию жидким азотом с созданием температуры на аппликаторе - 180°C. Основными показаниями к резекции печени при метастатическом колоректальном раке следует считать: отсутствие метастатических очагов в других органах, полученный эффект от проводимой химиотерапии, возможность оставления не менее 40% не пораженной печеночной ткани и отсутствие тяжелой сопутствующей патологии со стороны жизненно важных органов и систем организма.

Трехлетний анализ лечения больных показал, что использование сочетания химиотерапии и хирургического воздействия на метастазы в печени дает возможность увеличить медиану продолжительности жизни больных с метастатическим колоректальным раком с 18 месяцев до 38 месяцев.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА И КАРДИИ*Ханевич М.Д., Селиванов Е.А., Манихас Г.М., Карасева Н.А., Гипарович М.А.*

ФГУ ФМБА «Российский НИИ гематологии и трансфузиологии», ГУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», г. Санкт-Петербург

Одним из перспективных направлений улучшения результатов хирургического лечения больных раком пищевода и кардии является поиск средств и методов повышения адаптационных возможностей организма путем коррекции нарушений внутриклеточного кислородного гомеостаза и энергообмена в условиях гипоксии. Поэтому вполне актуальным является включение в состав интра- и послеоперационной терапии антигипоксантов. Наиболее эффективными из них оказались инфузионные фумаратсодержащие препараты, способные включаться в цикл трикарбоновых кислот с дополнительной выработкой энергетических субстанций. К ним относятся мафусол и полиоксифумарин.

Нами обследовано 35 больных раком пищевода и кардии. Из них у 19 больных произведена резекция пищевода по Льюису; у 7 - гастрэктомия с резекцией пищевода; у 3 - проксимальная резекция желудка с резекцией пищевода; у 3 - экстирпация пищевода с наложением эзофаго-гастроанастомоза на шее; у 2 - резекция пищевода по Торекку; одному больному произведена резекция пищевода с наложением пищеводно-толстокишечного анастомоза на шее. Все пациенты в составе послеоперационной инфузионной терапии получали фумаратсодержащие антигипоксанты - мафусол и полиоксифумарин. Объем введения составлял от 800 до 1600 мл/сут. Длительность применения этих препаратов определялась в индивидуальном порядке, составляя от 5 до 7 суток.

Включение фумаратсодержащих растворов в комплекс послеоперационной инфузионной терапии у больных раком пищевода и кардии способствовало более быстрому устранению явлений метаболического ацидоза и нормализации показателей рН, бикарбонатов крови. На фоне применения фумаратсодержащих растворов отмечалось увеличение показателей общего белка и альбуминов крови, а также переход обменных процессов в анаболическую фазу в более ранние сроки послеоперационного периода. Электролитные нарушения устранялись ко вторым суткам. Кроме того, применение фумаратсодержащих растворов позволило в два раза уменьшить объем трансфузий эритроцитсодержащих сред.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИГИПОКСАНТОВ ПРИ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ*Ханевич М.Д., Селиванов Е.А., Манихас Г.М., Вашкуров С.М., Фадеев Р.В., Юсифов С.А.*

ГУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», ФГУ ФМБА «Российский НИИ гематологии и трансфузиологии», г. Санкт-Петербург

Основным способом лечения рака поджелудочной железы продолжают оставаться хирургические вмешательства. Однако при оставлении части поджелудочной железы всегда существует угроза возникновения послеоперационного панкреатита. При этом послеоперационный панкреатит является основной причиной возникновения несостоятельности панкреатоэнтеральных или панкреатогастральных анастомозов. Причиной возникновения послеоперационного панкреатита оставшейся дистальной части железы является интраоперационная травма железы и, как следствие, тканевая гипоксия. Поэтому вполне обоснованным является использование антигипоксантов в составе инфузионной терапии. В качестве антигипоксантов нами были применены отечественные фумаратсодержащие растворы мафусол и полиоксифумарин. Инфузионные антигипоксанты получали 26 больных, перенесших панкреатодуоденальную и дистальную резекции поджелудочной железы. Суточный объем инфузии составляли от 1200 до 2000 мл. Продолжительность - 10 суток. Контрольную группу составили 25 больных, которым вместо антигипоксантных растворов применя-

лись стандартные солевые препараты: физиологический раствор, р-р Рингера, трисоль.

У больных, получавших антигипоксантные растворы, отмечалось более гладкое течение послеоперационного периода. Происходило быстрое купирование послеоперационного панкреатита и восстановление функции культи поджелудочной железы. Кроме того, отмечалась ранняя нормализация белкового обмена и электролитных нарушений. Включение антигипоксантных растворов позволило в 1,2 раза снизить объем инфузионной терапии и в большинстве случаев отказаться от переливания эритроцитсодержащих сред.

Таким образом, применение инфузионных фумаратсодержащих антигипоксантов в послеоперационном периоде у больных, перенесших радикальные операции на поджелудочной железе ведет к более гладкому течению послеоперационного периода, достоверному снижению послеоперационных осложнений.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОЭКСПРЕССИИ ОНКОПРОТЕИНА C-ERBB-2 И P53 В АДЕНОКАРЦИНОМАХ ЖЕЛУДКА*Худякова Т.А., Горбань Н.А., Скоропад В.Ю.*

Медицинский радиологический научный центр, г.Обнинск, РФ.

Цель исследования: оценить прогностическое значение экспрессии онкопротеина c-erbB-2 и p53 протеина в аденокарциномах желудка.

Материал и методы. Исследован биопсийный и операционный материал 50 пациентов (31 мужчина и 19 женщин) в возрасте от 39 до 67 лет (средний возраст 60 лет), проходивших хирургическое и комбинированное лечение по поводу рака желудка в МРНЦ РАМН с 1996 по 2008 гг. (сроки наблюдения - от 2 до 13 лет после операции). Гистологические срезы опухолевой ткани окрашивали гематоксилином и эозином и использовали для иммуногистохимического исследования с антителами к онкопротеину c-erbB-2 и p53, (Dako) по стандартному протоколу. Проводили сопоставление наличия экспрессии маркеров с клинико-морфологическими параметрами (рТ, рN, рМ, степень дифференцировки опухоли, тип опухоли по Лаурену и развитием рецидива). Использовали таблицы сопряженности 2x2 (χ^2 , двусторонний точный критерий Фишера). Значимым принимали уровень $p \leq 0,05$.

Результаты. Экспрессия онкопротеина c-erbB-2 с высокой степенью достоверности связана с рецидивом заболевания ($p=0,004$), наличием метастазов в регионарных лимфатических узлах ($p=0,02$) и отдаленными метастазами ($p=0,003$). Наличие экспрессии p53 в ядрах опухолевых клеток является важным неблагоприятным прогностическим фактором для развития рецидива ($p=0,003$). P53 также связан с наличием метастазов в регионарных лимфатических узлах ($p=0,046$) и отдаленными метастазами ($p=0,002$).

Выводы. c-erbB-2 и p53 являются важными факторами неблагоприятного прогноза у больных радикально оперированных по поводу рака желудка.

НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ БИЛИОДИГИСТИВНОГО АНАСТОМОЗА*Шкодкин С.В., Идашкин Ю.Б., Фентисов В.В.*

ГУЗ «Областная клиническая больница Святителя Иоасафа», Белгород, Россия.

Несмотря на использование современных шовных материалов и дренажных систем, снижение morbidity анестезиологического обеспечения, появление новых эффективных и безопасных антибактериальных препаратов частота несостоятельности анастомозов не имеет тенденции к снижению [Аутлев К.М. 2005] и составляет по данным разных авторов от 0,8% до 25,4% [Кузнецов 2004].

Среди причин, влекущих это грозное осложнение, следует выделить две группы: первая - хирургические причины; вторая - эндогенные при-

чины. В первую группу входят – методика формирования анастомоза, используемый шовный материал, объем сопутствующей лимфодиссекции и протяженность скелетирования холедоха, постановка дренажных систем и продолжительность дренирования [Корнилов Н.Г., 1994; Данилов М.В., 1995; Мартов Ю.Б. и соавт., 1995; Новиков С.В., 1997; Патютко Ю.И., 1998; Ярема И.В., Попов Ю.П. и соавт., 2003; Скипенко О.Г., Шатверян Г.П. и соавт., 2004]. К эндогенным причинам нужно отнести общесоматический статус (истощение, ожирение, сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность, атеросклероз абдоминального отдела аорты), наличие холестаза, имевшуюся неoadьювантную лучевую и химиотерапию, сегмент желудочно-кишечного тракта, используемый для деривации [Маслов А.А., 2000; Снежко А.В., 2000; Касумья С.А., 2001; Кубышкин В.А., 2001].

Таким образом, требует более глубокого изучения патогенез несостоятельности билиодигестивных анастомозов и разработка мер профилактики этого осложнения.

РЕФЛЮКС ХОЛАНГИТ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ БИЛИОДИГЕСТИВНОГО СОУСТЬЯ

Шкодкин С.В., Идашкин Ю.Б., Фентисов В.В.

ГУЗ «Областная клиническая больница Святителя Иоасафа», г. Белгород, Россия.

При доброкачественном нарушении проходимости гелатикохоледоха в 15-45% наблюдений показано формирование билиодигестивного астомоза [Вишневский А.А. с соавт., 1972; Дамбаев Г.Ц. с соавт., 2004]. При злокачественном поражении панкреатодуоденальной зоны количество подобных операций увеличивается до 40-84% [Шалимов А.А., 1993, Тарасевич И.С., 1998; Жерлов Г.К. и соавт. 1999].

Формирование билиодигестивных анастомозов вызывает свободное сообщение желчных протоков с желудочно-кишечным трактом, изменяет ритм желчеотделения и создает условия для восходящей инфекции в билиарной системе, что ведет к развитию рефлюкс-холангита у 1,5-22,4% больных. Рубцевание сформированных желчно-кишечных анастомозов наступает в 8,4-28,3% случаев [Шалимов А.А. и соавт., 1988, Pain J.A., Knight M., 1988].

При выполнении реконструктивных операций, при протяженной или высокой стриктуре холедоха отдается предпочтение билиодигестивным анастомозам с выключенной из пассажа по Ру или по Брауну тонкой кишкой. Однако исследования многих авторов показывают, что отводящая петля кишки должна быть длинной, не менее 80-100 см. Только достаточный по длине отводящий отрезок кишки значительно снижает кишечный рефлюкс, что уменьшает вероятность развития восходящего холангита [Гальперин Э.И. и др., 1995; Оноприев В.И., 1999, Blumgart L.H., 1984, Pitt N.A., 1989].

Таким образом, патологический заброс кишечного содержимого, ведущий к восходящей инфекции, возможен при различных вариантах формирования анастомоза холедоха. Не утратила своего значения необходимость разработки мер, предупреждающих развитие рефлюкса.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АНТИРЕФЛЮКСНОГО ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Щепотин И.Б., Лукашенко А.В., Розумий Д.А., Васильев О.В., Приймак В.В., Жуков Ю.А.

Национальный институт рака, Киев, Украина

Введение. Проксимальная резекция желудка (ПРЖ) является операцией выбора при опухолевом поражении верхних отделов желудка. Около 50% пациентов после ПРЖ страдают гастро-эзофагальным рефлюксом, что в последующем может приводить к стриктурам пищевода, способствовать возникновению пищевода Барретта с последующей трансформацией в аденокарциному.

Цель. Разработка антирефлюксного гастро-эзофагального анастомоза.

Материалы и методы. Суть предложенной методики заключается в формировании антирефлюксной муфты путем создания запирающего кольца из проксимальных отделов культи желудка.

Результаты. Согласно разработанной методики было выполнено 12 ПРЖ по поводу рака верхней трети желудка. Длительность операции увеличилась, в среднем, на 20 минут. У пациентов не отмечали осложнений оперативного лечения. Оценка динамики симптомов по шкале Likert не привысила 2 балла, самочувствия по визуально-аналоговой шкале составило в среднем 25 см. Рентгенологическое исследование функции анастомоза после ПРЖ в ранние послеоперационные сроки, а также через 3 мес не выявила признаков рефлюкса. Эндоскопически отмечали наличие эзофагитов не более 1 степени у 23% больных.

Заключение. Предложенная методика зарекомендовала себя как безопасная, обеспечивают хорошие непосредственные и отдаленные клинические и функциональные результаты.

МЕТОДИКА РАЗДЕЛЬНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ПАНКРЕАТО ДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ.

Щепотин И.Б., Васильев О.В., Лукашенко А.В., Розумий Д.А., Приймак В.В.

Национальный институт рака, Киев, Украина

Введение. Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) является единственным эффективным методом лечения локализованных форм рака поджелудочной железы. Однако, даже в специализированных клиниках уровень послеоперационных осложнений составляет от 18 до 54%, основное осложнение ПДР - несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза, что в последующем может приводить к летальности до 20%. Основными патогенетическими механизмами развития несостоятельности панкреато-дигестивного анастомоза является активизация протеолитических ферментов поджелудочной железы посредством операционной травмы и дальнейшего воздействия желчи при классическом варианте реконструкции. С целью повысить надежность панкреато-еюно анастомоза нами была разработана методика отдельной реконструкции при ПДР. Материалы и методы: была разработана модификация реконструктивного этапа операции - изолированное формирование панкреато-еюно анастомоза на одной тонкокишечной петле; гастро-еюно и гепатико-еюно анастомозов на второй петле с их разделением путем наложения заглушки, что в последующем обеспечивает отдельный пассаж панкреатического сока, желчи и желудочного сока без попадания в зоны соседних анастомозов. Результаты: описанная методика зарекомендовала себя как безопасная и показала удовлетворительные начальные результаты.

РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ (КРР) - ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЙ ПОДХОД.

Щепотин И.Б., Колесник Е.А., Приймак В.В., Васильев О.В., Розумий Д.А., Лукашенко А.В., Жуков Ю.А., Кикоть В.В., Шептицкий В.В.

Национальный институт рака, Киев, Украина

Введение. В Украине КРР занимает 3-е место в структуре онкозаболеваемости и смертности. При первичном обращении запущенные формы (III-IV стадия) рака ободочной и прямой кишки диагностируются в 71,4% и 62,4% соответственно. Основной локализацией отдаленных метастазов является печень (80%). Целью работы было внедрение принципов анатомических резекций печени, что позволило расширить показания для оперативного лечения метастазов. Материалы и методы. Проведен анализ непосредственных и ближайших результатов резекций печени у 36 больных с КРР IV стадии, выполненных в Национальном институте рака за период с 2008 по 2009 гг. Диаметр метастазов составил от 1 см

до 15 см (в среднем 4,5 см). У 5-и больных диагностировано поражение обеих долей печени, у 6-и множественные метастазы. Анатомических резекций выполнено – 31, атипичных – 5. Атипичные резекции печени выполняли при условиях выявления метастаза (-ов) размерами до 3–3,5 см в диаметре, расположенных субкапсульно или при краевой локализации. Расширенные анатомические резекции (4 и более сегмента) составили – 8 (25,8%) операций, экономные (до 3-х сегментов) – 23 (74,2%). При комбинированном хирургическом лечении, наряду с резекцией печени выполнялись: правосторонняя гемиколэктомия – 4, резекция сигмовидной кишки – 2, передняя резекция прямой кишки – 4, резекция купола диафрагмы – 1, правосторонняя нефрэктомия – 1. Послеоперационные осложнения наблюдали у 14 (38,8%) больных: печеночная недостаточность – 3, желчеистечение – 2, внутрибрюшной абсцесс – 1, кишечный свищ – 1, плеврит – 2, асцит – 1, инфекция раны – 3, пневмония – 1. Послеоперационная летальность составила 5,6% (2 больных). Выводы. Анатомическая резекция печени – эффективный метод хирургического лечения метастатического КРР, сопровождающийся приемлемыми показателями послеоперационных осложнений, летальности.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБРЮШИННЫХ САРКОМ

Щепотин И.Б., Васильев О.В., Лукашенко А.В., Розумий Д.А., Приймак В.В., Жуков Ю.А.

Национальный институт рака,
Киев, Украина

Введение. Забрюшинные саркомы (ЗС) составляют до 0,3% всех злокачественных новообразований. Данные опухоли слабо поддаются консервативным методам лечения. Учитывая большую склонность к рецидивированию (более 50%) ЗС, необходим наиболее “агрессивный” подход при выборе объема оперативного вмешательства. Мультицентричный рост опухоли обуславливает необходимость тотального удаления ретроперитонеальной клетчатки со скрупулезным выделением всех интактных структур. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 603 пациентов за последние 40 лет. Оперативное лечение выполнено 541 пациенту (89,7%), в т.ч. комбинированное оперативное вмешательство – 187 больным (34,6%). Наиболее часто в комбинации с удалением опухоли производилась нефрэктомия (35,3%). Пятилетняя выживаемость составила 50,2 ± 3,6%. Количество пробных операций – 10,2%. Основной причиной пробных операций являлось распространение опухоли на структуры печеночной связки, нижнюю полую вену, брюшную аорту, подвздошные сосуды. В настоящее время нами пересмотрена концепция оперативного лечения больных с забрюшинными саркомами. Выполняются резекции и протезирование крупных сосудов. Применяются трансплантационные методики для выполнения органосохраняющих операций. Согласно полученных непосредственных результатов, выполнение комбинированных операций с тотальным протезированием нижней полой вены, даже при наличии двустороннего или феморального тромбоза является безопасной методикой, которая обеспечивает хорошие функциональные результаты. Концепция “трансплантации в безопасное место” позволяет не только сохранять здоровый орган, но и “вывести” его из зоны потенциального рецидива. Выводы. Учитывая совершенствование хирургических технологий необходима концентрация пациентов с ЗС в специализированных центрах для выполнения операций в радикальном объеме с использованием всех современных методик, что на фоне увеличения продолжительности значительно повысит качество жизни больных.

ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ОТВЕДЕНИЯ ПЕТЕЛЬ ТОНКОЙ КИШКИ

Яргунин С.А., Потемин С.Н., Уваров И.Б.

Краевой клинический онкологический диспансер,
Краснодар, Россия.

В ходе операции рука ассистента, удерживающая петли тонкой кишки занимает определенный объем брюшной полости и сокращает угол обзора для оперирующего хирурга, создавая для него неудобства. Кроме

того, петли тонкой кишки постоянно выскальзывают из-под рук ассистента, и на коррекцию доступа уходит драгоценное время.

Цель: обеспечение оптимального операционного доступа к органам забрюшинного пространства

Задачи: высвобождение рук ассистента на всех этапах доступа; создание удобства и сокращение времени работы на органах забрюшинного пространства; профилактика ранения петель тонкой кишки при работе на органах забрюшинного пространства.

Материал и методы: использован опыт применения инструмента в клинических условиях более чем на 2060 операциях в 5 клиниках Края и Кабардино-Балкарской республики.

Результаты: нами разработан инструмент для облегчения доступа к органам забрюшинного пространства, с помощью которого во многом решается задача адекватного доступа. Для изоляции кишечника используем инструмент, выполненный из нержавеющей стали в форме пластины, имеющий держатель и заодно с ним – рабочую, моделируемую под углом плоскость, которая с внешней стороны заовалена, который крепится цапками к обкладочным простыням.

Выводы: применение созданного нами инструмента позволяет обеспечить оптимальный операционный доступ к органам забрюшинного пространства; высвобождать руки ассистента на всех этапах доступа; создает удобства и на 15% сокращает время работы на органах забрюшинного пространства; ранения петель тонкой кишки при работе на органах забрюшинного пространства не наблюдалось.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ ПРОГНОЗА РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Ястребова А.В., Бахлаев И.Е., Олейник Е.К.

ГУЗ «Республиканский онкологический диспансер»,
г. Петрозаводск, Россия

Введение. Основными прогностическими факторами после радикальной операции по поводу рака толстой кишки (РТК) являются стадия заболевания, гистологический тип и локализация опухоли. Возрастает интерес к иммунологическим исследованиям у больных РТК для оценки эффективности проводимого лечения и прогноза заболевания.

Цель работы. Определить информативность использования иммунологических показателей для прогнозирования РТК по уровню экспрессии дифференцировочных и активационных антигенов в лимфоцитах периферической крови.

Материал и методы: Проведен анализ экспрессии поверхностных маркеров лимфоцитов у 56 оперированных больных РТК при различном течении заболевания. Больные находились под нашим наблюдением в течение пяти лет после операции. В результате было выделено две группы больных: 1-я группа со стабилизацией процесса, которую мы оцениваем как благоприятное течение и 2-я группа с прогрессированием заболевания.

Результаты и обсуждение. В 1-й группе (n=32) отмечено значительное усиление экспрессии маркеров CD16, CD19, CD71 и HLA-DR по сравнению с контролем. Кроме того, сравнение двух групп больных между собой выявило существенные различия в экспрессии активационных антигенов. Уровень экспрессии CD71 и HLA-DR был гораздо выше в 1-й группе, чем во 2-й (p<0,05). Существенные различия по изученным параметрам между группами больных с прогрессированием заболевания и стабилизацией позволяют предполагать, что усиление экспрессии активационных антигенов лимфоцитов при РТК является в определенной мере благоприятным прогностическим признаком.

Заключение. Таким образом, повышенная экспрессия маркеров CD71 и HLA-DR у больных РТК может указывать на активное функциональное состояние клеток иммунной системы и служить признаком благоприятного прогноза течения заболевания.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ОНКОХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ШЕЙНАЯ ДИССЕКЦИЯ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ

Амиралиев Н.М., Искендерова А.Т., Исаева Э.Г., Керимова Н.В.

AZ1078, Онкологическая клиника АМУ,
Баку, Азербайджан

Введение: Современная классификация шейных диссекций разработана Американской Академией отоларингологии и хирургии головы и шеи в 1991 г.

Цель исследования: Изучение эффективности профилактической шейной диссекции у больных раком гортани.

Материалы: В клинике онкологии АМУ с 1995 по 2009 гг. у 152 больных раком гортани T₂₋₄N₀M₀ выполнено 170 профилактических шейных диссекций. Показаниями к шейной диссекции явились первичный и радиорезистентный рак вестибулярного и подскладочного отдела гортани T₂₋₄, среднего отдела T₃₋₄.

Методы: Были выполнены различные варианты селективной шейной диссекции. Боковой вариант селективной шейной диссекции (СШД) (удаление лимфатических узлов II-IV метастазирования), выполнен у 98 (64,5%), верхне – боковой (I-IV) у 23(15,1%), задне – боковой (II-V) – у 21(13,8%), передне – боковой (II-IV-VI) – у 10(6,6%).

Результаты: При морфологическом исследовании удаленной клетчатки шеи гомолатеральные микрометастазы рака обнаружены в 26,3%, билатеральные в 16,7% случаях. В 90,0% случаев они выявлены в II-IV зонах регионарного метастазирования.

Выводы: Шейная диссекция является высокоэффективным методом профилактики регионарного метастазирования, у больных раком гортани. Оптимальным вариантом СШД является боковой ее вариант. При вовлечении в опухолевый процесс подскладочного отдела, показана переднее – боковая СШД. Показанием к двусторонней СШД является срединное расположение местно-распространенного рака вестибулярного отдела гортани.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА ГОРТАНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГОЛОСОВЫХ ПРОТЕЗОВ

Амиралиев Н.М., Исаева Э.Г., Искендерова А.Т., Керимова Н.В.

AZ1078, Онкологическая клиника АМУ,
Баку, Азербайджан

Введение: Восстановление голосовой функции после ларингэктомии является актуальной проблемой. Самым перспективным способом решения этой проблемы является трахеопищеводное шунтирование с протезированием (ТПШП).

Цель исследования: Анализ результатов ТПШП с применением голосовых протезов «Provox».

Материалы: ТПШП с применением голосовых протезов «Provox» (Швеция) выполнено 36 больным раком гортани с III-IV стадией опухолевого поражения. Большинство пациентов подверглось комбинированному и комплексному лечению – 26 (72,2%). Стандартная ларингэктомия была выполнена у 30 (83,3%), комбинированная – у 6 (16,7%) пациентов.

Методы: ТПШП выполнялось одновременно с ларингэктомией – 14, отсрочено в 22 случаях. Миотомия констрикторов глотки была выполнена у 9 пациентов.

Результаты: Анализ результатов ТПШП проведен по сроку использования голосовых протезов, по частоте осложнений, по качеству голоса. Средняя продолжительность использования протезов составила 13,6 месяцев. Местные осложнения после установления протеза наблюдались в 12 (33,3%) случаях, которые были устранены в зависимости от причин. Протезы не препятствовали проведению послеоперационной лучевой терапии, также мы не наблюдали некроз в зоне шунта после лучевой терапии. Восстановление хорошей звучной речи имело место у 33 (91,7%) пациентов.

Выводы: ТПШП является оптимальным методом восстановления голосовой функции после удаления гортани по поводу рака.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНДУКЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНОГЛОТКИ.

Болотина Л.В., Кравцов С.А., Корнищук А.Л.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена.
г. Москва.

Задача исследования. Оценить эффективность индукционной химиотерапии у пациентов с местно-распространенным раком гортаноглотки.

Материалы и методы. В исследование включено 6 человек в возрасте от 50 до 68 лет. У всех пациентов диагностирован плоскоклеточный рак гортаноглотки T3-4N1-2M0. Лечение проводилось по схеме: цисплатин 80 мг/м² – 1 день; гемцитабин 1250 мг/м² – 1 и 8 дни. Всего проведено 30 курсов ПХТ (3 курса - 2 пациента, 6 курсов – 4 больных). Интервал между курсами 21 день. Эффективность лечения оценивалась на основании данных компьютерной и магнитно-резонансной томографии, эндоскопического и ультразвукового исследований после 3-х курсов ПХТ.

Результаты. Резорбция опухоли более чем на 50% (ВОЗ) зарегистрирована у 4 больных, которые рандомизированы на группы: лучевой терапии – 2 человека и хирургического лечения (ларингфарингэктомия и лимфаденэктомия) 2 человека, соответственно. Резорбция опухоли менее 50%, после проведения 3-х курсов индукционной химиотерапии, зарегистрирована у 2 пациентов в связи, с чем им выполнены операции. Живы без признаков прогрессирования 5 человек, максимальный срок наблюдения за ними составляет 15 мес. Наилучший ответ опухоли на лечение отмечался со стороны первичного очага, при этом максимальные темпы регрессии выявлены в течение первых 3 курсов ХТ. Метастатические лимфатические узлы отвечали на терапию значительно хуже, максимальные темпы резорбции достигались в процессе последних 3-х курсов ХТ. Один больной умер в послеоперационном периоде от острого ОНМК.

Выводы. Проведение индукционной химиотерапии у пациентов с местно-распространенным раком гортаноглотки, позволяет достичь более чем 50% резорбции опухоли, благодаря чему удается провести органосохранное лечение у этой категории больных.

**ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ
В ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГОЛОВЫ И ШЕИ****Бяшимов А.Я., Атаев С.Х., Джумаев М.Г., Бабаев К.А.,
Хуммаева Д.Н., Курбанова Л.Т.**НКЦ онкологии ММЦ МЗ и МП,
Ашгабат, Туркменистан

Задача исследования: Повышение эффективности лечения у больных плоскоклеточным раком головы и шеи при запущенных формах заболевания.

Материалы и методы: ММЦ НКЦ онкологии МЗ и МП Туркменистана за период с 2004 по 2007гг. проведена химиолучевая терапия 119 больным с опухолями головы и шеи. Из них у 88 больных III-стадия, у 31 больного выявлена IV-стадия заболевания.

Раком слизистой оболочки верхней челюсти был у 24 больных. Рака языка у 49 больных, рак ротоглотки у 16 больных. В остальных 30-случаях выявлен рак органов головы и шеи других локализаций. Всем больным на первом этапе лечения проведено 2 курса ПХТ по схеме Цисплатин 100мг/м² в/в 1 день, Флюороурацил-1000мг в/в во 2 день, Блеоцин-15мг в 1,3,5,8,10 дни лечения. Больным после двух курсов ПХТ проводились расщепленные курсы химиолучевой терапии. При химиолучевой терапии в качестве радиомодификатора применялись Цисплатина в 1,8,15 дни лечения. Лучевая терапия проводилась в суперфракционированном режиме облучения (по 1Гр 3 раза в день 6 раз в неделю).

Непосредственные результаты в виде полной регрессии опухоли у больных плоскоклеточным раком слизистой оболочки верхней челюсти наблюдались в 50%, частичный регресс опухоли у 35% и лечение оказалось без эффекта у 15% больных. При раке языка у 48% больных наблюдали полный регресс опухоли, у 38% частичный, эффекта не было у 14% пациентов. Полная регрессия опухоли у 50%, частичная регрессия у 35% и эффекта не было у 15% больных раком ротоглотки. Аналогичные результаты получены у больных плоскоклеточным раком других локализаций органов головы и шеи.

Выводы: Проведенная клиническая работа показала эффективность химиотерапии в лечении больных плоскоклеточным раком головы и шеи при запущенных формах заболевания.

**ОПЫТ
АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ****Вельшер Л.З., Стаханов М.Л., Решетов Д.Н., Цалко С.Э.,**Московский Государственный Медико-стоматологический Университет
Кафедра онкологии и лучевой терапии
г. Москва

Цель исследования: изучение возможностей метода аутофлуоресценции в интраоперационном исследовании макропрепаратов различных новообразований щитовидной железы.

Материалы и методы. Препараты щитовидной железы, удаленные при плановом хирургическом лечении 56 пациентов по поводу различных злокачественных и доброкачественных узловых образований. Узловые образования подвергались облучению лазерным излучением красного цвета (длина волны 635 нм), что приводит к возникновению фотохимической реакции в молекулах порфиринов, которые при возвращении к своему обычному состоянию выделяют квант света. В результате формируется собственное, эндогенное, аутофлуоресцентное излучение, по физическим параметрам отличное от исходного, возбуждающего. Анализ аутофлуоресцентного излучения позволяет судить о характере пролиферативных процессов в исследуемом участке тканей. Исследование выполняли непосредственно после удаления препарата в ходе операции (в течение 30 минут). В качестве диагностического критерия мы оценивали соотношение аутофлуоресценции узлового образования и окружающей неизменной ткани.

Во всех наблюдениях такое соотношение превышало 30% (эмпирически установленный пороговый уровень аутофлуоресценции, свидетельствующий об опухолевом росте в образовании).

Полученные нами данные полностью согласуются с таковыми, полученными при исследовании злокачественных опухолей других локализаций.

Наши результаты позволяют нам в перспективе использовать метод аутофлуоресцентного исследования для интраоперационной диагностики рака щитовидной железы.

**ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИОКСИДОНИЯ
В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ****Вельшер Л.З., Дудицкая Т.К., Матвеева С.П., Решетов Д.Н.**ГОУ ВПО МГМСУ
Кафедра онкологии и лучевой терапии

Рак гортани и гортаноглотки выявляется более чем у половины пациентов, курируемых в отделениях опухолей головы и шеи. Стандартом лечения больных III-IV стадией болезни является комплексное или комбинированное лечение. Частота развития гнойно-некротических осложнений в послеоперационном периоде варьирует от 4 до 38%. Т.о., проблема несостоятельности глоточного шва остается актуальной. Основными предрасполагающими факторами этих осложнений являются постлучевой эпителиит, большой размер опухоли, длительное стояние носопищеводного зонда. В настоящее время нами проводится клиническое исследование, направленное на выявление вторичного иммунодефицита у больных перед хирургическим вмешательством, коррекцию последнего, с целью снижения послеоперационных осложнений после ларингэктомии. Вторичный иммунодефицит выявлен у всех 75 больных, включенных в исследование, у 38 больных из них до и после операции применен полиоксидоний (ПО). Различий в динамике показателей гуморального иммунитета отмечено не было. У всех 38 больных на фоне применения ПО отмечено снижение уровня лейкоцитов, повышение абсолютного числа лимфоцитов, CD3, CD4 до нормы, по сравнению с контрольной группой. Выявлена также нормализация индекса CD4/CD8. У пациентов с осложненным послеоперационным течением в ране отмечалось появление юных форм лейкоцитов. Гнойно-некротические изменения, в том числе с формированием фарингостом были выявлены у 10 больных из включенных в исследование пациентов. В основных группах процент осложнений ниже при сравнении с контрольными группами (8,1%, 18,4%, соответственно). Полученные результаты позволяют сделать вывод о нормализации гематологических и иммунологических показателей, снижении количества послеоперационных осложнений на фоне применения полиоксидония.

**ВОЗМОЖНОСТИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА
В ВЫЯВЛЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ
ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ****Н.Н.Волченко, З.Д.Гладунова, Е.Н.Славнова,
А.Г.Ермолаева, В.Ю.Мельникова**Московский научно-исследовательский онкологический институт
им.П.А.Герцена

Отсутствие метастазов в «сторожевых» лимфатических узлах при раке молочной железы позволяет применять органосохраняющее лечение с сдерживающей тактикой в отношении лимфатического коллектора [5,11,16]. При раке легкого, желудка, пищевода применяются расширенные лимфодиссекции практически всех зон возможного метастазирования [2,4,6,7,8,10].

Предоперационная объективная оценка состояния зон регионарного метастазирования не всегда возможна. В макроскопически неподозрительных по метастатическому поражению лимфатических узлах при микроскопическом исследовании в 30% выявляются метастазы и в таком же проценте наблюдений в увеличенных плотных лимфатических узлах метастазы не выявляются. Все это диктует

необходимость интраоперационного морфологического изучения лимфатического барьера. Гистологическое исследование небольшого количества (1-2) лимфатических узлов может привести к неадекватной оценке распространенности опухолевого процесса, исследование большого числа лимфатических узлов требует значительной затраты времени, что не возможно в условиях операционной. При рутинном гистологическом исследовании лимфатических узлов ошибка может достигать 25%. Эту ситуацию можно преодолеть используя многоступенчатые срезы и иммуногистохимию, но на это уходит много времени и сложно применить в условиях срочного интраоперационного исследования. Срочное интраоперационное цитологическое исследование лимфатических узлов является предпочтительным поскольку требует гораздо меньших затрат времени и средств [1,3,9,12,13,14,15].

Цель настоящего исследования - оценить возможность цитологической диагностики в выявлении метастатического поражения лимфатических узлов.

Цитологически исследовано 6794 лимфатических узла (1588 - до 2000 года и 5206 - в 2003-2007 гг.). Срочное интраоперационно изучено 1588 лимфатических узлов до 2000 года и 847 лимфатических узлов в 2003-2007гг.

Удаленные лимфатические узлы разрезали по длиннику и делали соскобы со всей поверхности разрезанного лимфатического узла особенно обращали внимание на взятие материала из подкапсульной зоны. Препараты окрашивали по Паппенгейму азур-эозиновой смесью. Результаты срочного цитологического исследования сравнивали с результатами планового гистологического исследования лимфатических узлов.

При срочном цитологическом интраоперационном исследовании 2435 лимфатических узлов расхождения между результатами цитологического и гистологического исследований отмечены в 19 (0,8%) наблюдениях. Из них гиподиагностика имела место в 13 (0,5%) наблюдениях, а гипердиагностика метастазов в 6 (0,3%) наблюдениях. С приобретением опыта при срочных исследованиях, несмотря на увеличение числа исследованных лимфатических узлов от 1 больного, частота ошибок значительно уменьшилась. Точность срочного цитологического исследования метастатического поражения лимфатических узлов составляет 99,2% (табл.1).

При предоперационной тонкоигольной биопсии 1601 лимфатических узлов расхождения цитологического и гистологического заключений отмечали в 20 (1,5%) наблюдениях. При этом гиподиагностика в 19 (1,4%) наблюдениях, а гипердиагностика в 1 (0,1%) наблюдениях. В 7 (0,4%) наблюдениях имела место гистологическая гиподиагностика метастатического поражения, что возможно объясняется потерей немногочисленных опухолевых клеток при проводке. Таким образом, достоверность цитологической предоперационной диагностики метастатического поражения лимфатических узлов по материалам тонкоигольной аспирационной биопсии составила 98,5%. Обращает на себя внимание большой процент неудачных пункций – 15,7%, что снижает эффективность цитологической диагностики метастатического поражения лимфатических узлов до 82,8% (табл.2).

Проведенный нами анализ цито-гистологических сопоставлений 4135 лимфатических узлов вне зависимости от вида цитологического исследования показал, что достоверность цитологической диагностики весьма высока и составляет 99% (табл.3). Расхождения цитологического и гистологического заключений составляют 1%, из них гиподиагностика – 0,8%, гипердиагностика – 0,2%. Эффективность цитологической диагностики метастатического поражения лимфатических узлов составляет 92,7%, что объясняется неудачей взятия материала для цитологического исследования в 6,3%. Тонкоигольная аспирационная биопсия должна проводиться под контролем ультразвукового исследования.

В отделении онкоцитологии МНИОИ им.П.А.Герцена внедрен иммуноцитохимический метод, в том числе разработана методика срочной интраоперационной иммуноцитохимической диагностики, позволяющая выдавать ответ в течении 30-40 минут. Проведенное срочное интраоперационное иммуноцитохимическое исследование 30 лимфатических узлов от 20 больных выявило в одном из узлов в группе клеток положительную экспрессию общих цитокератинов в виде яркого, коричневого окрашивания цитоплазмы на фоне лим-

фоидных элементов, что позволило диагностировать микрометастаз аденокарциномы (рис.1) Иммуноморфологический метод повышает эффективность рутинного исследования по выявлению микрометастазов по данным литературы на 22-24%, по нашим данным всего на 3%.

Причин гиподиагностики при срочном цитологическом исследовании лимфатических узлов несколько. Основные из них связаны с тем, что исследуются не все удаленные лимфатические узлы. И в этой ситуации надо искать «золотую середину»: недостаточно исследовать 1-2 лимфатических узла, но и значительное увеличение срочного исследуемых лимфатических узлов из-за ограниченности времени также может привести к ошибкам. На наш взгляд, оптимальным может быть исследование 5 лимфатических узлов.

Второй причиной ошибок является наличие микрометастазов, эту ошибку преодолеть очень трудно (рис.2). Необходимо брать соскобы со всей поверхности разрезанного по длиннику лимфатического узла и обязательно из подкапсульной зоны. Неправильный забор материала из разволокненных или мелких неразрезанных лимфатических узлов – частая причина неадекватности оценки содержания лимфатических узлов.

Малое количество клеток рака, выраженные дистрофические изменения их, особенно на фоне воспаления с наличием крупных полиморфных гистиоцитов с неравномерно окрашенными ядрами, затрудняют цитологическую диагностику (рис.3,4).

Имеет значение гистологический тип опухоли, возникают объективные сложности при метастазах мелкоклеточного лимфоцитоподобного рака (рис.5,6) и дифференциально-диагностические трудности при малодифференцированном железистом и плоскоклеточном раке. Существенную помощь в диагностике может оказать иммуноцитохимический метод. Использование маркеров эпителиальных клеток (цитокератинов, эпителиального мембранного антигена, Vег Ер4) и общего лейкоцитарного маркера (CD 45) поможет дифференциальной диагностике между клетками рака и лимфоидными элементами (рис.7,8). Опухолевые клетки могут быть не распознаны на фоне пролиферирующего эндотелия синусов (рис.9). Так, метастазы плоскоклеточного неороговевающего рака имеют светлую, хорошо выраженную цитоплазму, относительно небольшие ядра без видимых ядрышек, с равномерно распределенным хроматином. Ядра опухолевых клеток по сравнению с эндотелием окрашены более интенсивно, с грубой структурой хроматина и плотным расположением его в виде глыбок.

Крайне редко, но возможна гипердиагностика метастазов. Как правило, это связано с выраженным синус-гистиоцитозом, при котором скопления гистиоцитов или эндотелиальных клеток принимаются за метастазы рака (рис.10). Воспалительные изменения с наличием крупных макрофагальных и гистиоцитарных элементов цитологом ошибочно могут быть приняты за клетки рака.

Таким образом, цитологическое предоперационное и интраоперационное исследование лимфатических узлов является простым, доступным, недорогим методом, позволяющим за короткий период времени изучить достаточно большое число лимфатических узлов. Частота ошибочной интраоперационной диагностики метастатических поражений лимфатических узлов составляет всего 0,8%. Предоперационная цитологическая диагностика метастатического поражения лимфатических узлов также имеет высокую достоверность и составляет 98,5%. В целом цитологический метод является весьма точным (достоверность – 99%) и эффективным (эффективность – 92,7%) в диагностике метастатического поражения лимфатических узлов.

Таблица 1

Срочное интраоперационное исследование лимфатических узлов с цито-гистологическими сопоставлениями

| | |
|----------------------------|-----------|
| Всего | 2435 |
| Неудачное взятие материала | 10 (0,4%) |
| Расхождения | 19 (0,8%) |
| Гиподиагностика | 13 (0,5%) |
| Гипердиагностика | 6 (0,3%) |
| Достоверность (точность) | 99,2% |

Таблица 2

Тонкоигольная аспирационная биопсия с цито-гистологическими сопоставлениями

| | |
|---------------------------------|-------------|
| Всего | 1601 |
| Неудачные пункции | 252 (15,7%) |
| Расхождения | 20 (1,5%) |
| Гиподиагностика | 19 (1,4%) |
| Гипердиагностика | 1 (0,1%) |
| Гистологическая гиподиагностика | 7 (0,4%) |
| Достоверность (точность) | 98,5% |
| Эффективность | 82,8% |

Таблица 3

Цито-гистологические сопоставления по лимфатическим узлам

| | |
|---------------------------------|------------|
| Всего | 4135 |
| Неудачное взятие материала | 262 (6,3%) |
| Расхождение | 39 (1%) |
| Гиподиагностика | 32 (0,8%) |
| Гипердиагностика | 7 (0,2%) |
| Достоверность (точность) | 99% |
| Эффективность | 92,7% |
| Гистологическая гиподиагностика | 14 (0,34%) |

ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ.

Волченко Н.Н., Славнова Е.Н., Гладунова З.Д., Ермолаева А.Г., Мельникова В.Ю.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им.П.А.Герцена.

Цель настоящего исследования – оценить возможность интраоперационной срочной цитологической диагностики метастатического поражения лимфатических узлов.

Интраоперационно срочно исследовано 2340 лимфатических узлов от больных, оперированных по поводу рака различных локализаций: 1389 лимфатических узлов исследовано при раке легкого, 756 – при раке пищевода и желудочно-кишечного тракта. Лимфатические узлы разрезали по длиннику и делали соскобы со всей поверхности разрезанного лимфатического узла. Препараты окрашивали по Паппенгейму – азур-розиновой смесью. Результаты срочного цитологического исследования сравнивали с результатами планового гистологического исследования лимфатических узлов.

Совпадение результатов цитологического и планового гистологического исследования отмечено в 97,8%. Ошибка срочного интраоперационного исследования составила 2,2% (52 наблюдения), из них в 40 (1,7%) случаях имела место гиподиагностика, а в 12 (0,5%) – гипердиагностика метастатического поражения.

Причины гиподиагностики: микрометастазы, выраженные дистрофические изменения клеток рака, трудности дифференциальной диагностики лимфоидных и опухолевых клеток при мелкоклеточном и лимфоцитоподобном раке.

Причины гипердиагностики: выраженный синусовый гистиоцитоз.

Таким образом, цитологическое срочное интраоперационное исследование лимфатических узлов является простым, быстрым, сравнительно дешевым и достоверным методом диагностики метастазов.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ, У БОЛЬНЫХ ПОЛУЧИВШИХ ДГТ.

Гузь А.О., Яйцев С.В., Аладин А.С., Васильев Ю.С., Сычев В.И.

ГЛПУ Окружной клинический онкологический диспансер, ГОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия. Г.Челябинск, Россия.

Цель. Оценить влияние полного курса и предоперационного курса ДГТ на появление послеоперационных осложнений, после ларингэктомии у больных раком гортани с 3 и 4 стадией заболевания.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения

больных получавших хирургическое лечение рака гортани с 3 и 4 стадией заболевания в условиях 4 онкологического отделения. Сформировано 2 группы больных, получивших полный курс ДГТ, и группа, получивших предоперационный курс ДГТ. В обеих группах больным выполнена ларингэктомия. В первой группе операция проводилась по поводу рецидива или неизлеченности заболевания, во второй группе как этап комбинированного лечения. Выполнена 41 ларингэктомия за 2004–2005 год, из них 15 после полного курса ДГТ, и 21 после предоперационного курса ДГТ. Оценивались послеоперационные осложнения, такие как несостоятельность швов глотки и формирование фарингостомы. Несостоятельность швов глотки и формирование фарингостомы были зафиксированы у 5 больных в первой группе, и у 2 больных во второй.

Результаты. Послеоперационные осложнения в первой группе больных встречались в 2,5 раза чаще, чем в группе получивших предоперационный курс. Полный курс ДГТ увеличивает риск развития послеоперационных осложнений, увеличивает сроки лечения и выздоровления, требует в дальнейшем повторной госпитализации больных для пластики фарингостомы.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ

Заболотный Д.И., Паламар О.И., Зинченко Д.А., Гук А.П.

Киев, Украина

Наибольшая частота рецидивов сино-параназальных опухолей связана с ячейками решетчатого лабиринта и интраорбитальной клетчатки.

В случае рецидивов ангиофибромы носоглотки, остаточная (резидуальная) часть опухоли чаще всего локализована в крылонебной или подвисочной ямках.

В этой статье мы обсуждаем хирургическую стратегию в лечении кранио-фациальных опухолей. В частности, в тех случаях, когда опухоль распространяется в ячейки решетчатого лабиринта, крылонебную (подвисочную) ямки, либо прорастает твердую мозговую оболочку.

За период с 2004 года мы произвели 115 операций по удалению краниофациальных опухолей (большинство пациентов составили вторично направленные больные). Большая часть больных была со злокачественными эпителиальными образованиями – 63 случая, мезенхимальные опухоли (хордома, хондросаркома, остеобластокластома) – 13 случаев, и доброкачественные опухоли (ангиофиброма, менингеома, остеома) – 31 случай, другие – 8 случаев.

Среди эпителиальных опухолей у 34 пациентов наблюдался рост из ячеек решетчатого лабиринта, у 11 – из верхнечелюстной пазухи и в семи случаях – из носовой полости. Другие локализации сино-параназальной области составили 11 случаев. Хордомы и хондросаркомы с распространением на скат основной кости – 10 случаев. Остеобластокластомы и остеомы с мультикостным поражением краниофациального скелета – 7 случаев. Менингеомы дна средней черепной ямки с распространением на подвисочную область – 5 случаев. Ангиофибромы носоглотки с распространением на подвисочную, крылонебную ямку – 18 случаев и распространяющиеся интракраниально – 5 случаев.

У пациентов со злокачественными эпителиальными опухолями интракраниальное эпидуральное распространение имело место в 26 случаях.

Прорастание твердой мозговой оболочки было отмечено в 37 случаях.

Передняя краниофациальная резекция была произведена в 78 случаях, из которых у 15 она сопровождалась экзентерацией орбиты. После полного удаления опухоли дно передней черепной ямки было закрыто надкостницей на ножке из лобной области, а дефект твердой мозговой оболочки был закрыт фрагментом широкой фасции бедра. Трансоральные операции были произведены в 10 случаях. Боковая и краниофациальная резекция (орбито-скулоловой доступ, расширенный резекцией дна средней черепной ямки) использован для ангиофибромы носоглотки, менингеом средней черепной ямки в 27 случаях. Согласно разработанной нами тактике, мы иммобилизовали опухоль интракраниально с ее последующим удалением ее из ЛОР доступов. В данном случае мы произвели 34 ринотомии по Муру, 45 максиллотомии по Денкеру, наружный фронто-этроидальный доступ в 26 случаях.

Результаты: в нашей серии не было послеоперационной летальности. Ликворея имела место у 10 пациентов, которые потребовали наложения люмбального дренирования у 5 из них. В 3 из них ликворея осложнилась менингитом. Локальная инфекция имела место у 12 пациентов, осложненная остеомиелитом у 2 из них (эти 2 пациента нуждались в операции по удалению костного лоскута). 3-годичная выживаемость для злокачественных новообразований составила 70%. 5-ти годичная выживаемость составила 36%. У больных с доброкачественными новообразованиями за наблюдаемый 5-ти летний период рецидивов не было.

Заключение: Краниофациальные резекции в сочетании с ринотомией и максиллотомией, проводимые для хирургического лечения больных с опухолями лицевого черепа с интракраниальным распространением, значительно повышают радикализм вмешательства, снижая количество рецидивов, и повышают общую выживаемость.

Диагноз: КТ, МРТ, биопсия, иногда ангиография.

Противопоказания: инвазия кавернозного синуса.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИЕЙ.

Дайхес Н. А., Трофимов Е. И., Сдвижков А. М., Копченко О. О., Фуки Е. М.

ФГУ «НКЦ оториноларингологии» РФ, Московский городской онкологический диспансер №1, г. Москва, РФ

Введение. Одной из актуальных задач современной онкологии является поиск эффективных методов лечения рака гортани, и должно сочетать онкологическую радикальность с возможностью полноценной реабилитации пациента.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 10 больных с местно-распространенным плоскоклеточным раком гортани, которые получали эрбитукс в сочетании с полихимиотерапией (ПХТ) в неoadьювантном режиме. У 8 пациентов распространенность опухоли соответствовала символу Т3, у 2 – Т4.

На первом этапе лечения проводилась ПХТ по схеме: Цисплатин – 75мг/м² – в 1 день, 5-фторурацил – 750мг/м² – 2, 3 и 4 дни. Затем – Эрбитукс в нагрузочной дозе 400мг/м² – однократно, и по 250мг/м² – еженедельно в течение месяца. Пациентам, у которых отмечалась резорбция опухоли более 50%, выполнялся второй курс ПХТ через 3 недели, по той же схеме. Если же резорбция опухоли была менее 50% прибегали к хирургическому лечению. Через (14-20 дней) после окончания ПХТ выполняли операцию на гортани.

Результаты. Хирургическое вмешательство после 2-х курсов ПХТ выполнено 6 пациентам, после одного курса – 4. Таким образом, в большинстве случаев, после двух курсов неoadьювантной ПХТ отмечалось уменьшение размеров первичной опухоли более, чем на 50%.

Выводы. Включение неoadьювантной ПХТ с эрбитуксом в план комбинированного лечения больных местно-распространенным раком гортани позволяет добиться выполнения радикальных и в то же время функционально-щадящих операций.

ЭРБИТУКС В СОЧЕТАНИИ С ПОЛИХИМИОТЕРАПИЕЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНИ.

Дайхес Н. А., Трофимов Е. И., Сдвижков А. М., Копченко О. О., Фуки Е. М.

ФГУ «НКЦ оториноларингологии» РФ, Московский городской онкологический диспансер №1, г. Москва, РФ

Введение. Одной из актуальных задач современной онкологии является поиск эффективных методов лечения рака гортани, и должно сочетать онкологическую радикальность с возможностью полноценной реабилитации пациента.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 10 больных с местно-распространенным плоскоклеточным раком гортани, которые получали эрбитукс в сочетании с полихимиотерапией (ПХТ) в неoadьювантном режиме. У 8 пациентов распространенность опухоли соответствовала символу Т3, у 2 – Т4.

На первом этапе лечения проводилась ПХТ по схеме: Цисплатин – 75мг/м² – в 1 день, 5-фторурацил – 750мг/м² – 2, 3 и 4 дни. Затем – Эрбитукс в нагрузочной дозе 400мг/м² – однократно, и по 250мг/м² – еженедельно в течение месяца. Пациентам, у которых отмечалась резорбция опухоли более 50%, выполнялся второй курс ПХТ через 3 недели, по той же схеме. Если же резорбция опухоли была менее 50% прибегали к хирургическому лечению. Через (14-20 дней) после окончания ПХТ выполняли операцию на гортани.

Результаты. Хирургическое вмешательство после 2-х курсов ПХТ выполнено 6 пациентам, после одного курса – 4. Таким образом, в большинстве случаев, после двух курсов неoadьювантной ПХТ отмечалось уменьшение размеров первичной опухоли более, чем на 50%.

Выводы. Включение неoadьювантной ПХТ с эрбитуксом в план комбинированного лечения больных местно-распространенным раком гортани позволяет добиться выполнения радикальных и в то же время функционально-щадящих операций.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ЭХОГРАФИИ ПРИ ДООПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Ильин А.А., Исаева И.Е., Желонкина Н.В., Двинских Н.Ю., Медведев В.С., Румянцев П.О.

Медицинский радиологический научный центр РАМН, Обнинск, Россия

Цель работы: исследование возможностей и ограничений эхографии в дооперационной оценке распространенности опухолевого процесса при РЩЖ.

С 1987 г. по 2007 г. в клинике прошли обследование и лечение 239 детей с диагнозом РЩЖ. Возраст больных колебался от 5 до 17 лет. У всех больных проведено хирургическое лечение. На дооперационном этапе проводилось УЗИ ЩЖ и регионарного лимфатического коллектора. По данным гистологического исследования ПРЩЖ был выявлен у 213, ФРЩЖ у 21, МРЩЖ у 5 больных. Средний размер опухолей, по данным измерения морфологом составил 1,3±1,1 см, по данным эхографии – 1,8±1,2 см. Различия между двумя группами были достоверны (P<0,0001). Размеры опухолей определенные при УЗИ оказались на 22% выше, чем определенные морфологом. Множественные фокусы опухоли в ткани ЩЖ при гистологическом исследовании были выявлены в 63 случаях. По данным УЗИ подозрение на мультифокальный рост высказано в 16 случаях (12 истинно положительных, 4 ложноположительных). Чувствительность эхографии составила 19%, специфичность 98%, точность 79%. 72 карциномы, по данным морфологического исследования, были полностью инкапсулированы, 20 – частично и 147 – не инкапсулированы. По данным УЗИ у инкапсулированных карцином достоверно чаще определялись четкие, ровные контуры (p<0,0001). При наличии подобных эхографических характеристик вероятность выявления собственной капсулы у карцином оказались значительно выше (OR=22), чем в случаях, когда контуры опухоли при УЗИ определялись как неровные, нечеткие. Чувствительность эхографии в предсказании наличия у карциномы собственной капсулы составила - 78%, специфичность 86%, точность 84%. Прорастание опухолью капсулы ЩЖ было выявлено у 29 больных. Чувствительность эхографии в предсказании экстрапериоидной инвазии опухоли составила 45%, специфичность 96%, точность 90%. Метастазы в лимфатические узлы шеи по данным УЗИ диагностированы в 83 случаях. Ложноположительный результат получен в 6, ложноотрицательный в 52 наблюдениях. Чувствительность метода составила - 62%, специфичность 95%, точность 77%. Информативность УЗИ в диагностике метастазов разной локализации отличалась. Чувствительность метода при выявлении метастазов в лимфатические узлы центральной зоны шеи была ниже - 48%, чем боковой - 89,8%, при близких показателях специфичности - 98% и 97% соответственно.

**ХИМИОТЕРАПИЯ
МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА НОСОГЛОТКИ***Корнищкая А.Л., Болотина Л.В.*

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

Задача. Оценить непосредственную эффективность индукционной полихимиотерапии в лечении местно-распространенного рака носоглотки.

Материалы и методы. В исследование включено 50 человек в возрасте от 20 до 77 лет (средний возраст 42 года), 34 мужчины и 16 женщин. Носоглоточный рак диагностирован у 29 больных, малодифференцированный плоскоклеточный у 21. Распределение по распространенности опухолевого процесса (TNM) было следующим: T2N1-3M0 – 8 человек, T3N0-2M0 – 2 больных, T4N0M0 – 23 и T4N1-3M0 – 17 больных. Схема лечения: доцетаксел 75 мг/м² – 1 день, цисплатин 75 мг/м² – 1 день, доксорубин 45 мг/м² – 1 день. Интервал между курсами 21 день. Всего проведено 337 курсов ПХТ (от 1 до 5 курсов – 5 пациентов, 6 и 8 курсов – 19 и 26 больных, соответственно). Эффективность оценивалась на основании данных компьютерной и магнитно-резонансной томографии, ультразвукового, эндоскопического и гистологического исследований после каждого четного курса.

Результаты. Общий ответ (RECIST) на лечение составил 90% – 45 человек (полная резорбция опухоли в 52% случаев – 26 больных, в том числе и при T4N2, частичная в 38% – 19). После окончания химиотерапии всем пациентам проведена лучевая терапия и, при наличии позитивных лимфатических узлов на шее, лимфаденэктомия. Стабилизация опухолевого процесса отмечена у 2 (4%) и прогрессирование болезни, в процессе ПХТ, у 3 (6%) человек. Один больной 77 лет, в связи с развитием выраженной токсичности, исключен из исследования. Прогрессирование процесса в сроки до 12 мес. диагностировано у 7 человек, 12 – 24 мес. у 4 пациентов, более 24 мес. – 4 случая. Без признаков прогрессирования находятся 35 больных (70%). Период наблюдения в этой группе составляет от 3 до 68 месяцев.

Выводы. Высокая эффективность индукционной химиотерапии при местно-распространенном раке носоглотки, проводимая в первом этапе, позволяет реализовать план комбинированного лечения у данной категории пациентов.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ
НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НОСА
И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В 2002-2004 ГГ. НА УКРАИНЕ***Лукач Э. В., Дихтярук В. Я., Стрежак В. В., Цымбалюк Е. Н.,
Зайцева Н. В.*

Киев, Украина

По данным Украинского Национального канцер – реестра в 2002-2004 гг. злокачественные новообразования носа и околоносовых пазух были диагностированы у 956 пациентов, среди них мужчин и женщин – 605 и 351 соответственно. В 13,3% случаев заболевание выявили на I – II стадиях, большая часть диагностируемых случаев (87,3%), соответствовала III – IV стадиям. На долю новообразований, которые локализовались в верхнечелюстной пазухе, приходится 72,6% случаев, намного реже встречались опухоли в этмоидальной пазухе (18,2%). Только 9,2% новообразований поражали лобную и клиновидную пазухи.

Тактика лечения таких пациентов в значительной мере зависит от морфологического типа выявленного новообразования. В структуре данных диагнозов плоскоклеточный рак (46,2%) и аденокарцинома (17,8%) являются наиболее распространенными нозологическими единицами. Другие морфологические типы опухолей (меланома, гемангиома, рабдомиосаркома, нейробластома etc.) составили 36%.

Лечение данной категории пациентов проводилось с использованием как монометодов, так и комбинированных схем. В 42,5% случаев применялся комбинированный метод (хирургическое лечение в сочетании с телегамматерапией и химиотерапией). Хирургическое лечение прово-

дилось у 13,1% больных, лучевая терапия – у 26,6%, химиотерапия – у 2,6% пациентов.

Основным критерием эффективности лечения является показатель выживаемости, обусловленный множеством факторов.

В течение первого года выживаемость больных при I-II стадиях заболевания составила 65,6%, при III стадии – 58,3%, при IV стадии – 43,2%. Трехлетняя выживаемость у пациентов с I-II стадиями составила 29,4%, при III стадии – 24,2%, при IV стадии 17,5%. В течение пяти лет выжило 20,1% пациентов с I-II стадиями, 18,4% с III стадией и 7,4% с IV стадией соответственно. Медиана выживаемости составила 22 месяца при I-II стадиях заболевания, при III стадии – 18 месяцев, при IV стадии – 14 месяцев. Среди мужчин выживаемость в течение 3 лет составила 22,2%, среди женщин – 31,2%. В течение 5 лет выжило 14,7% мужчин и 21,5% женщин соответственно.

Таким образом, приведенные выше данные свидетельствуют о неудовлетворительном состоянии лечения больных со злокачественными заболеваниями носа и околоносовых пазух. Учитывая тот факт, что процент диагностируемых злокачественных новообразований на ранних стадиях недостаточно высокий, необходим поиск новых информативных методов диагностики и лечения злокачественных опухолей носа и околоносовых пазух.

**ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА АББЕ-ЭСТЛАНДЕРА
ПРИ СУБТОТАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ГУБЫ.***Мавроди В.М., Мавроди Т.В., Дикарев А.С.*

Краснодарский Краевой Клинический Онкологический диспансер.
Краснодар, Россия.

В структуре общей онкологической заболеваемости Краснодарского края злокачественные поражения губы в 2009 г. составили 17%, доля запущенных случаев в группе впервые обратившихся за медицинской помощью больных составила 15%.

Проблема хирургии рака губы в настоящее время, несмотря на растущие возможности консервативных методов лечения, не теряет актуальности. Хирургическая элиминация опухоли имеет зачастую калечащий характер и требует выполнения реконструктивного лечения для сохранения и возврата физиологических, эстетических, социальных функций больного.

По нашему мнению, пострезекционный дефект размером до одной трети протяженности губы успешно восполняется методом Н.Н. Блохина. Дефект губы большего размера диктует необходимость использования методов лоскутных пластик.

Метод Аббе-Эстландера, обладает рядом достоинств в виде сродства тканевого, анатомического компонентов, простоты техники забора лоскута, не требующего специального оснащения, резистентности к внешним воздействиям, адекватности восполнения дефектов при сохранением функций с объемом резекций губ до субтотальных.

С 2006 г. в отделении хирургии опухолей головы и шеи выполнено 12 операций с использованием указанной техники. Все больные ранее на дооперационном этапе получали специальное лечение либо в объеме сочетанной лучевой терапии, либо комбинации лучевой терапии и хирургического лечения. В 7 случаях пластика нижней губы носила одномоментный характер, в 2 случаях пластика выполнялась отсроченно, еще в 3 случаях восстановление непрерывности губ выполнялось после проводившихся безуспешных попыток ушивания дефектов (в двух случаях – трехкратных).

Все больные безрецидивно наблюдаются в нашем учреждении. Из 12 оперированных больных лишь в одном случае развилась осложнение в виде несостоятельности шва с получением, как следствие, диастазов в области реципиентной и донорской ран. Причиной несостоятельности, по нашему мнению, явилось отсутствие второго уровня швов — ушивания круговой мышцы рта. Все больные довольны своим внешним видом, расценивая его как «хороший»; один из пациентов смог сохранить семью; двое, являясь лицами работоспособного возраста, после завершения лечения смогли вернуться к трудовой деятельности, реализовавшие социально по прошествии семи лет инвалидности – ранее они не имели такой возможности из-за отказов работодателей..

Выводы: Метод Аббе, предложенный для замещения сквозных де-

фектов губ, является эффективным и надежным для использования в общелечебной сети, не требующим специального оборудования. Может быть применен для замещения дефектов размерами до субтотальных. Требует целостности круговой артерии рта. Дефекты губ больших размеров или отсутствие одной из губ требуют использования микрохирургической техники.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ И ОПУХОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Магомедов Р.Б.

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

Введение. В нашей стране чаще всего операции на щитовидной железе (ЩЖ) выполняются в общехирургических стационарах. Растущая онкологическая заболеваемость побуждает специалистов к выработке оптимального алгоритма ранней диагностики и хирургического лечения предопухолевых поражений и опухолей ЩЖ. Важная роль в этом отводится использованию различных методов интраоперационного морфологического исследования.

Цель работы. Оценить значимость морфологических методов диагностики при хирургическом лечении предопухолевых поражений и опухолей ЩЖ.

Материал и методы. Изучены результаты обследования и лечения 3794 больных с узловыми образованиями ЩЖ (1991-2005 гг.). У 973 из них (25.7%) до- и во время операции выявлены различные формы предопухолевых поражений и опухолей ЩЖ, в т.ч. зоб и аутоиммунный тиреоидит с дисплазией эпителия, фолликулярные опухоли с атипией (атипическую аденому) и без нее, рак ЩЖ. Основные методы обследования включали УЗИ ЩЖ и лимфоузлов шеи с пункцией, интраоперационное цитологическое, в сомнительных случаях и гистологическое исследование, плановое гистологическое исследование.

Результаты и обсуждение. В ходе операции в большинстве случаев зоба и АИТ с дисплазией диагностирован рак ЩЖ. Исследование аденомы ЩЖ примерно в 60% обнаруживало ее атипию, что потребовало дополнительного гистологического исследования. В 70% случаев атипической аденомы выявлен рак ЩЖ. При атипической аденоме выполнялась экстирпация доли ЩЖ с перешейком, при раке ЩЖ – тиреоидэктомия с шейной лимфодиссекцией.

Выводы. Интраоперационное морфологическое исследование позволяет своевременно выполнить адекватный объем операции при раке ЩЖ в общехирургическом стационаре.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ И ЛАРИНГОФАРИНГЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА.

Новожилова Е.Н., Забазный Н.П., Сергеев С.А., Журавлев М.Н.

Московская городская онкологическая больница № 62.

Материалы и методы: При распространенных стадиях рака гортани и гортаноглотки ларингэктомия (ЛЭ) является операцией выбора. На сегодняшний день успехи онкологического лечения определяются не только показателем выживаемости, но и качеством жизни. С 1999 по 2007 г. 412 больных проводили лечение по поводу рака гортани и гортаноглотки в МГОБ № 62.

Результаты: 342 больным была выполнена ларингэктомия (ЛЭ); 157 из них- ЛЭ с трахеопищеводным шунтированием и голосовым протезированием (ТПШП). 70 больным-ларингофарингэктомия (ЛФЭ). Основной проблемой успешного восстановления голоса после ЛЭ является фарингоспазм. Нами была разработана методика миотомии констрикторов глотки, которая позволяет надежно купировать это осложнение. Теперь мы выполняем миотомию всем па-

циентам одновременно с ларингэктомией. Такая тактика позволяет предотвратить фарингоспазм и избежать проблем с голосообразованием при отсроченном протезировании. Наиболее сложное решение проблемы с восстановлением речи обстоит, применительно к пациентам, перенесшим ЛФЭ с пластикой пищевода пути висцеральными трансплантатами. С 1999г было выполнено 59 ларингофарингэктомий с круговой резекцией глотки и шейного отдела пищевода с пластикой сегментом тощей кишки на микроанастомозах. Протезирование выполнено 13 пациентам: отсроченное - у 8 (в сроки от 5 мес до 9 лет), а первичное - у 5. При помощи эндовидеотехники нам удалось расшифровать механизм голосообразования у пациентов после ЛФЭ с кишечной пластикой. Фонация у них (когда удален глоточно-пищеводный сегмент) обусловлена не сокращением *m. stylopharyngeus* (как после ЛЭ), а вибрацией складок пересаженной кишки. По акустическим характеристиками голос этих больных уступал пациентам после ларингэктомии. Выводы: Таким образом, восстановление голоса возможно не только после ларингэктомии, но и после ларингофарингэктомии.

ВОЗМОЖНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ.

Новожилова Е.Н.

Московская городская онкологическая больница № 62.

Материалы и методы: Восстановление речевой функции традиционно расценивают, как основную задачу в реабилитации пациентов без гортани. Однако, невозможно достичь хорошего качества голоса без восстановления функции дыхания. Нами было установлено, что при снижении функциональных резервов дыхания ниже значений: (ОФВ1/ФЖЕЛ<70%, ОФВ1< 50%) применение голосового протеза бесперспективно, т.к. больной не в состоянии обеспечить адекватный поток воздуха через шунт. Для улучшения дыхательной функции после ЛЭ в последние годы появились системы фильтрации воздуха. Вдыхаемый воздух (сухой и холодный) проходит через пористый увлажненный материал, а затем согретый и влажный (за счет температурного градиента между трахей и внешней средой) поступает в дыхательные пути пациента. Наиболее перспективным является использование hands-free-систем, сочетающих магнитный клапан и фильтр.

Результаты: Нами изучено влияние фильтров на функцию дыхания и взаимосвязь их с голосовыми протезами у 45 пациентов. При регулярном использовании фильтров у 28 (61%) отмечено улучшение фокации; а у 34 (75%) - улучшение параметров речи по данным акустического анализа. При регулярном использовании фильтров уменьшились респираторные нарушения, улучшилось качество речи, а так же функция внешнего дыхания. Однако, возможность использования фильтров и протезов во многом зависит от конструкции трахеостомы, которая должна иметь стабильные размеры и сохранить каркасность.

Выводы: в настоящее время не возникает сомнений в том, что после ларингэктомии необходима не только голосовая, но и дыхательная реабилитация.

ЭНТЕРАЛЬНАЯ НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ.

Осипова Н.А., Решетов И.В., Панкратова М.А., Филюшин М.М., Долгополова Т.В., Севрюков Ф.Е., Соколов В.В.

ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий.
Москва, Россия.

Цель: определить потребность и рациональную тактику энтеральной нутритивной поддержки (ЭНП) у больных опухолями головы и шеи (ОГШ) на этапах хирургического лечения.

Материалы и методы: проведен анализ частоты, способов проведения и результатов ЭНП у контингента больных отделения ОГШ, оперированных в течение года в МНИОИ им. П.А. Герцена (n = 605).

Результаты: 136 из 605 (22,5%) составили больные с опухолями

орофарингеальной зоны и шейного отдела пищевода III – IV стадии, 317/605 (52,4%) – больные с рецидивными опухолями другой локализации, т. е. преобладали пациенты с местно распространенным опухолевым процессом (74,9%). Это определило необходимость как можно более быстрого выполнения хирургической операции. Однако, у 93 сильно ослабленных больных со значительной потерей массы тела (от 10 до 30% за последние 3 месяца) на фоне резкого нарушения естественного процесса питания, обусловленного опухолью и/или последствиями противоопухолевого лечения (дисфагия, нарушение акта глотания, постлучевой эпителиит слизистой ротогортаноглотки, эзофагит) потребовалась предоперационная ЭНП. Для ее проведения, по индивидуальным показаниям, осуществляли установку назогастрального зонда Portex № 24-28 (n = 76) мануальным или эндоскопическим способом, либо пункционную эндоскопическую гастростомию с помощью набора Cook (n = 17). Для энтерального питания использовали смесь Нутризон (1-1,5 л/сут.) + стандартный стол №12, при необходимости, в сочетании с инфузионной и дезинтоксикационной терапией.

Описанная тактика предоперационной ЭНП в течение 1-2 недель позволила улучшить физическое состояние, гематологические, биохимические показатели, прекратить потерю массы тела, повысить ее на 2-8 кг и успешно выполнить операции. После всех обширных операций проводили ЭНП (Нутризон) начиная с 1-2 суток, а после операций с дополнительной лапаротомией и одномоментной микрохирургической пластикой раневого дефекта ротоглотки висцеральным аутоотрансплантатом, энтеральное питание начинали с 5-х суток. Осложнений ЭНП не отмечено. В некоторых случаях (9,1%) начало ЭНП после периода голодания сопровождалось появлением диареи, которая у половины больных прекращалась после коррекции скорости введения и объема питательной смеси, а у остальных нормализация стула наступила при переходе на зондовую диету № 12 в полном объеме.

Заключение. ЭНП питательными смесями является необходимым компонентом тактики периоперационного ведения больных ОГШ. По данным проведенного исследования, в предоперационной ЭНП нуждаются не менее 15% общего контингента отделения ОГШ и 68% больных с опухолями ротогортаноглотки и шейного отдела пищевода ввиду нарастающей потери массы тела. В условиях напряженной лечебной работы прогрессирования опухоли и связанных с ней расстройств, простыми и информативными рутинными критериями для быстрого обеспечения ЭНП и ускорения оперативного вмешательства являются степень потери массы тела больного за последние 1-3 мес. и текущие лабораторные показатели.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАДИОРЕЗИСТЕНТНОГО РАКА ГОРТАНИ.

Панкратов В.А., Андреев В.Г., Рожнов В.А.

Медицинский Радиологический Научный Центр РАМН г.Обнинск. Российская Федерация.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения больных местно-распространенным радиорезистентным раком гортани на основе совершенствования методик предоперационного лучевого воздействия в сочетании с модифицирующими средствами и одновременным использованием полихимиотерапии.

Материалы и методы. Исследование основывается на результатах комбинированного лечения 180 больных радиорезистентным раком гортани с распространенностью опухолевого процесса T₃₋₄N₀₋₃M₀, которым на I этапе лечения одновременно с лучевой терапией проведена системная полихимиотерапия в сочетании с различными физическими модификаторами: (локальная гипертермия, лазерное излучение, воздействие постоянным магнитным полем) и операцией на II этапе. Контрольную группу, составили 323 пациента, которые были пролечены по аналогичным методикам, но без включения в схему лечения полихимиотерапии.

Результаты. Пятилетняя безрецидивная и общая выживаемость во всей исследуемой группе была значительно выше и составила со-

ответственно 79,4±5,9% (144 из 180 больных), и 82,8±2,8% (149 из 180 пациентов). В контрольной группе, где ПХТ не проводилась, безрецидивная выживаемость равнялась 47,4±2,8% (153 из 323 больных) P < 0,001, а общая - 51,5±2,8% (167 из 323 пациентов) P < 0,001. Первичное заживление отмечено соответственно в 87% и 84% случаях.

Выводы. Применение системной полихимиотерапии одновременно с предоперационной лучевой терапией и различными физическими средствами радиомодификации, позволяет существенно повысить эффективность комбинированного лечения, не ухудшает течение послеоперационного периода и увеличивает продолжительность жизни больных с местно-распространенным радиорезистентным раком гортани.

НЕЙРОСЕТЕВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ Фолликулярных опухолей щитовидной железы

Полоз Т.Л., Шкурूपий В.А., Тарков М.С., Шевченко С.П.,

НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Новосибирск–Гл. ОАО «РЖД», Научный центр клинической и экспериментальной медицины СО РАМН, Институт физики полупроводников СО РАН, МУЗ Городская клиническая больница № 1, Новосибирск

Искусственные нейронные сети были использованы для дифференциальной диагностики фолликулярных аденом и фолликулярных раков щитовидной железы, на основании анализа цветных цифровых изображений.

Ретроспективно исследованы 314 интраоперационных соскобов с ткани фолликулярных опухолей (аденома и рак) щитовидной железы (окраска Май-Грюнвальд-Гимза); диагнозы подтверждены гистологически. В качестве входных данных для обучения и тестирования искусственных нейронных сетей, использовали цветные цифровые изображения трех полей зрения в каждом наблюдении фолликулярных аденом и фолликулярных раков щитовидной железы, полученные с помощью системы анализа изображений, при увеличении X400 с разрешением 3008x2000 пикселей. В качестве диагностирующей системы, разделяющей множество изображений на два класса («аденома» и «фолликулярный рак»), использовали многослойные нейронные сети (НЕЙРОКЛАСС, «Микромед», Россия). Выходом нейронной сети явились гистологические диагнозы фолликулярной аденомы и фолликулярного рака щитовидной железы («1» - рак, «0» - аденома). Совпадение результатов цитологических исследований после проведения автоматической нейросетевой классификации с окончательными гистологическими диагнозами составило 95% (при рутинной диагностике 52%).

Автоматическое распознавание цветных цифровых изображений образцов новообразований может значительно повысить качество цитологической диагностики фолликулярных опухолей щитовидной железы.

СУПЕРСЕЛЕКТИВНАЯ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЯЗЫКА

Процык В.С., Югринов О.Г., Трембач А.М., Руденко Д.Н., Супруненко А.А.

Национальный институт рака, Киев, Украина

Вступление. Лечение больных местнораспространенным раком языка представляет актуальную и сложную проблему клинической онкологии. Неудовлетворительные результаты лечения данной категории больных определяют необходимость использования новых, более совершенных, методов подведения противоопухолевых препаратов к опухоли.

Материалы и методы. Исследование включает 89 больных раком языка. Основная группа – 37(III ст. – 25, IV ст. – 12) больных, которые получали суперселективную внутриартериальную химиотерапию и контрольная группа – 62(III ст. – 38, IV ст. – 17) больных, получавших си-

стемную химиотерапию.

Методика. Суперселективная катетеризация язычной артерии проводилась через поверхностную височную артерию крючкообразным катетером F – 4 под рентгеноскопическим контролем на аппарате «Стеноскоп». Вводили цисплатин с помощью инфузоматора 100 мг/м² на протяжении 6-8 часов на фоне терапии сопровождения.

Результаты. Частичная регрессия опухоли выявлена у 56,8 % больных основной и у 38,55 контрольной группы (p<0,05). Лучшие результаты получены у больных с III стадией – регрессия опухоли >50% – у 72% больных основной группы, в том числе у 12% – полная регрессия, и у 48,6 контрольной группы больных. При IV стадии заболевания эти показатели составили 25,0% и 17,6% соответственно.

Использование суперселективной химиотерапии улучшило 3-летнюю выживаемость больных раком языка на 14,7%, а медиану выживаемости в 2 раза.

Вывод. Суперселективная внутриартериальная химиотерапия, проводимая трансстемпоральным путем является безопасным и эффективным методом в лечении больных местнораспространенным раком языка.

СУПЕРСЕЛЕКТИВНАЯ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЯЗЫКА

Процык В.С., Югринов О.Г., Трембач А.М., Руденко Д.Н., Супруненко А.А.

Национальный институт рака, Киев, Украина

Вступление. Лечение больных местнораспространенным раком языка представляет актуальную и сложную проблему клинической онкологии. Неудовлетворительные результаты лечения данной категории больных определяют необходимость использования новых, более совершенных, методов подведения противоопухолевых препаратов к опухоли.

Материалы и методы. Исследование включает 89 больных раком языка. Основная группа – 37(III ст. – 25, IV ст. – 12)больных, которые получали суперселективную внутриартериальную химиотерапию и контрольная группа – 62(III ст. – 38, IV ст. – 17) больных, получавших системную химиотерапию.

Методика. Суперселективная катетеризация язычной артерии проводилась через поверхностную височную артерию крючкообразным катетером F – 4 под рентгеноскопическим контролем на аппарате «Стеноскоп». Вводили цисплатин с помощью инфузоматора 100 мг/м² на протяжении 6-8 часов на фоне терапии сопровождения.

Результаты. Частичная регрессия опухоли выявлена у 56,8 % больных основной и у 38,55 контрольной группы (p<0,05). Лучшие результаты получены у больных с III стадией – регрессия опухоли >50% – у 72% больных основной группы, в том числе у 12% – полная регрессия, и у 48,6 контрольной группы больных. При IV стадии заболевания эти показатели составили 25,0% и 17,6% соответственно.

Использование суперселективной химиотерапии улучшило 3-летнюю выживаемость больных раком языка на 14,7%, а медиану выживаемости в 2 раза.

Вывод. Суперселективная внутриартериальная химиотерапия, проводимая трансстемпоральным путем является безопасным и эффективным методом в лечении больных местнораспространенным раком языка.

РАДИОЧАСТОТНАЯ ТЕРМОАБЛАЦИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯЗЫКА

Решетов И.В., Маторин О.В., Голубцов А.К., Корицкий А.В.

ФГУ МНИОИ им. П.А.Герцена Росмедтехнологий

Введение: Мы располагаем опытом лечения 50 больных с локализацией опухолевого процесса в области языка.

Материалы и методы: Первичная цитоморфологическая оценка новообразований определялась с учетом данных ультразвукового обследования, КТ и пункционной биопсии. По гистогенезу опухолевого процесса

– плоскоклеточный рак. По полу: 35 мужчин и 15 женщин. По возрастным категориям – от 28 до 78 лет. В зависимости от распространенности опухолевого процесса вмешательства были проведены в 25 случаях под общей эндотрахеальной анестезией, в 25 под местной инфильтрационной анестезией. Период наблюдения составил от 3 до 42 месяцев. Эффективность проведенного лечения подтверждалась путем визуального обследования проведения контрольного ультразвукового исследования на этапах лечения с последующей толстоигольной биопсией. Периодичность обследования составляет один раз в три недели, что позволяет своевременно определить эффективность проведенной процедуры.

Результаты: В ходе наблюдения у 4 пациентов выявлен дальнейший рост опухоли с распространением на мышцы дна полости рта. У других пациентов период без рецидива опухоли составил до 36 месяцев. Из функциональных результатов наиболее важными следует отметить, сохранение подвижности языка и функции глотания даже при объемах обработки превышающих гемиглосэктомия.

Выводы: Широкий спектр возможностей аппарата и различные электроды позволяют использовать его при разных размерах и локализациях опухолевого процесса, как в самостоятельном режиме, так и в сочетании со стандартными методами ЛТ и ХТ.

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ И СПОСОБЫ ЕГО ДОСТАВКИ У ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ.

Решетов И.В., Соколов В.В., Филюшин М.М., Павлов П.В., Ратушный М.В.

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

Введение: Больные с местно распространенными и рецидивными опухолями орофарингеальной области, поступающие для прохождения противоопухолевого лечения, часто нуждаются в специальной нутритивной поддержке ввиду различной формы нарушения питания. Нарушения могут быть связаны с обширным опухолевым поражением, вызывающим дисфагию, последствиями ранее проведенного лечения, вызывающими нарушения акта глотания (постлучевые эпителииты слизистой ротогортаноглотки, постлучевые эзофагиты), а также с нутритивной недостаточностью у пациентов в безрецидивном периоде, ранее перенесших обширные хирургические вмешательства на краниоорбитофациальных, орофациальных и орофарингеальных областях. В связи с этим актуальной проблемой является обеспечение адекватного энтерального питания у больных с опухолями головы и шеи на всех этапах лечения.

Цель исследования: определить и оценить способы доставки энтерального питания у данного контингента больных на этапах лечения.

Материалы и методы: Обобщается опыт обеспечения доставки энтерального питания (ЭП) у 236 больных отделения опухолей головы и шеи на этапах диагностики и лечения. В предоперационном периоде 76 больным с местно распространенным опухолевым поражением верхнего отдела пищеварительного тракта при выраженных явлениях дисфагии устанавливались назогастральные зонды и назначалось дополнительное специальное ЭП. 137 пациентам, перенесшим хирургические вмешательства на орофациальной, орофарингеальной областях в независимости от объема операции (наличие или отсутствие пластического компонента) интраоперационно устанавливался назогастральный зонд для обеспечения адекватного энтерального питания в послеоперационном периоде. У 17 пациентов в связи с особенностями опухолевого процесса и невозможности установки желудочного зонда в предоперационном периоде выполнена пункционная гастростомия с использованием эндоскопической техники, позволившая осуществлять предоперационное ЭП. Пункционная эндоскопическая гастростомия выполнена также 6 инкурабельным пациентам с целью восстановления питания и продления жизни. Больные и родственники были подробно инструктированы и обучены правилам ухода за назогастральным зондом или гастростомой.

Результаты: У больных после установки назогастрального зонда или после выполнения пункционной эндоскопической гастростомии, в полном объеме восстановлено энтеральное питание с дополнительной нутритивной поддержкой питательной смесью «Нутризон», что позволило подготовить больных к обширным хирургическим вмешательствам на

орофациальной зоне, обеспечить послеоперационную нутритивную поддержку, и способствовало благоприятному течению раневого процесса в послеоперационном периоде. Осложнений при проведении зондового питания не отмечено.

Заключение: Обеспечение энтерального питания индивидуально избранным способом улучшает результаты хирургического лечения у больных с обширными опухолями головы и шеи. Это способствовало снижению послеоперационных осложнений на 66 % по сравнению с этапом до его широкого внедрения.

ИЗМЕНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Родичев А.А., Гарбузов П.И., Крылов В.В., Тимохина О.В., Королева С.В.

МРНЦ РАМН, Обнинск, Россия

Введение. Комбинированное лечение дифференцированного рака щитовидной железы (ДРЩЖ) у больных с высоким риском рецидива и прогрессирования после хирургического удаления опухоли общепринято в международных стандартах, включает проведение радиоiodаблации (РЙА) и супрессивной терапии препаратами L-T4. В последнее десятилетие такой подход адаптирован в качестве стандарта отечественными онкологами и эндокринологами.

Цель: Сравнить изменения хирургической тактики ДРЩЖ перед РЙА.

Материалы и методы: представлены в таблице данные групп 48 пациентов 1999г. и 149 пациентов 2009г, одинаковых по возрасту, соотношению полов, гистологическому варианту и размерам опухоли, получивших РЙА в МРНЦ РАМН.

| | Гр. 1999г. n=48 | | Гр. 2009г n=149 | | p | |
|--|-------------------------------------|-----|-----------------|----|---------|--------|
| | n | % | n | % | | |
| Папиллярный рак | 46 | 96 | 145 | 97 | 0,98 | |
| Первичный очаг pT3-4 | 24 | 50 | 82 | 55 | 0,66 | |
| Региональные метастазы N1 | 33 | 67 | 113 | 79 | 0,43 | |
| Отдаленные метастазы | 19 | 39 | 22 | 15 | 0,0005 | |
| Органосохраняющие операции | 21 | 44 | 33 | 22 | 0,0051 | |
| Тиреоидэктомия с центральной лимфаденктомией | 2 | 4 | 76 | 51 | <0,0001 | |
| Рецидивы региональных метастазов | 24 | 50 | 32 | 21 | 0,0003 | |
| остаточная ткань щитовидной железы | при УЗИ | 16 | 33 | 15 | 10 | 0,0003 |
| | при скинтиграфии с ⁹⁹ Tc | 42 | 88 | 85 | 57 | 0,0003 |
| после РЙА с ¹³¹ I | 48 | 100 | 141 | 95 | 0,22 | |
| Выявлены скрытые отдаленные метастазы | 4 | 8 | 8 | 5 | 0,69 | |
| Сроки РЙА после операции (M±m мес.) | 28±4 | | 17±4 | | 0,13 | |
| Средний возраст (M±σ лет) | 37,5±16 | | 39,6±17 | | 0,47 | |
| Соотношение полов (м : ж) | 8 : 40 | | 27 : 122 | | 0,99 | |

Выводы: при сравнении групп больных поступившие для РЙА с интервалом в 10 лет достоверно различаются показатели адекватности хирургической тактики, что обеспечивает при комбинированном лечении снижение рецидивов и прогрессирования заболевания.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ШЕИ БЕЗ ВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА

Рудык А.Н., Зинченко С.В., Хасанов Р.Ш., Хамидуллин Р.Г., Чернышев В.А.

Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г.Казань, Россия

Введение. На долю пациентов с метастазами в лимфатические узлы шеи приходится до 30% всех больных с метастазами злокачественных опухолей без выявленного первичного очага. Несмотря на

доступность визуального исследования, широкое распространение точных методов диагностики, поиск первичной опухоли и его необходимость на сегодняшний день остается нерешенной проблемой.

Цели работы. Определить наличие корреляционных связей между уровнем поражения лимфатических узлов шеи метастазами рака без выявленного первичного очага и локализацией реализовавшегося первичного очага. Определить наличие значимых связей между морфологической структурой метастазов и локализацией выявленного первичного очага.

Материалы и методы. Проведен анализ данных о 147 пациентах с метастазами злокачественных опухолей в лимфатические узлы шеи без выявленного первичного очага, получавших лечение в РКОД МЗ РТ. Применена методика построения таблиц сопряженности.

Результаты. Установлено наличие достоверной, прямой, средней силы связи между локализацией первичного очага в легком и поражением метастазами рака (различной морфологической структуры) IV и V уровней лимфатических узлов шеи (p<0,01) и между локализацией первичного очага в полости рта и поражением I уровня лимфатических узлов шеи (p<0,01). При изучении других локализаций (глотка, пищевод, щитовидная железа) достоверных связей с локализацией выявленной первичной опухоли не выявлено. Наличие достоверной связи между локализацией всех первичных опухолей и морфологической структурой метастазов, с приемлемым уровнем значимости, не установлено - p>0,05.

Выводы: по уровню поражения лимфатических узлов шеи возможно прогнозировать расположение первичной опухоли и соответственно корректировать обследование и лечение.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИИ (ИЭМГ) В ПРОФИЛАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Румянцев П.О., Сорокиков В.Г., Исаев П.А., Семин Г.В., Румянцова У.В., Ильин А.А., Медведев В.С.

Медицинский радиологический научный центр РАМН, Обнинск, Россия

Введение. Частота паралича возвратного гортанного нерва (ВГН) после операций по поводу РЩЖ варьирует в пределах 1 – 17%.

Цель работы. Снижения риска хирургического повреждения двигательных нервов (гортанных и добавочных нервов) при операциях на щитовидной железе.

Материалы и методы. С 2003 по 2007 гг. в клинике МРНЦ РАМН с использованием ИЭМГ было оперировано 357 больных. У 263 больных ИЭМГ была информативной и позволила осуществить мониторинг возвратного гортанного нерва. У 187 больных выполнена ТТЭ и мониторинг нерва выполнялся с обеих сторон, в остальных 76 случаях выполнена ГТЭ и поиск возвратного гортанного нерва выполнялся с одной стороны. В 12 случаях при выполнении фасциально-фулярного иссечения клетчатки шеи произведен мониторинг добавочного нерва. Для ИЭМГ использован специализированный четырехканальный монитор Нейросайн-400.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде у 21 (8%) из 263 больных наблюдался односторонний парез гортани. Спустя 1–2 месяца у 17 из 21 больного подвижность гортани полностью восстановилась, т.е. стойкий односторонний паралич гортани зарегистрирован у 4 (1,5%) больных.

Заключение. Интраоперационная электромиография является эффективным методом профилактики хирургических осложнений при лечении РЩЖ. Рутинное применение ИЭМГ позволило снизить частоту стойкого паралича возвратного гортанного нерва в 2,3 раза.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РАЗЛИЧНЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ТИПОВ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Румянцев П.О., Ильин А.А., Медведев В.С., Румянцова У.В.,
Исаев П.А., Желонкина Н.В.*

Медицинский радиологический научный центр РАМН,
Обнинск, Россия

Введение. Рак щитовидной железы (РЩЖ) – наиболее часто встречающаяся злокачественная опухоль эндокринных органов.

Цель работы. Улучшить диагностику, лечение и реабилитацию больных РЩЖ.

Материалы и методы. В исследование включено 1753 больных РЩЖ, поступавших в клинику МРНЦ РАМН в период с 1984 по 2007 год возрасте от 5 лет до 81 года. Больных детского возраста – 126 чел, подросткового возраста – 124 чел, взрослых – 1503 чел. Больных ПРЩЖ было 1513 человек, ФРЩЖ – 99 человек, МРЩЖ – 127 человек, 9 больных – НРЩЖ и 5 – АРЩЖ. При выборе объема операции на ЩЖ и регионарном лимфатическом коллекторе учитывались гистологический тип карциномы, размер опухоли, экстратироидную инвазию, состояние опухолевой капсулы и локализации опухоли в ЩЖ. Хирургическое вмешательство выполнено у 1746 больных, в 7 наблюдениях опухоль оказалась неоперабельной, выполнялись другие виды лечения (ДЛТ, ПХТ).

Результаты. Рецидив опухоли выявлен у 243 (16,1%) больных ПРЩЖ, у 10 (10,1%) больных ФРЩЖ, у 67 (52,8%) больных МРЩЖ, у 7 (77,8%) больных НРЩЖ и у 5 (100%) больных АРЩЖ. У 44 больных констатирован смертельный исход. Локальный рецидив опухоли – 21% случаев, отдаленный рецидив – 23,2% случаев, «изолированный» регионарный рецидив имелся у 190 (57,2%) случаях.

Выводы. Наиболее высоким благоприятным влиянием на прогноз безрецидивной выживаемости больных ДРЩЖ обладает тактика лечения, соответствующая международным рекомендациям (2006 г.).

ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Решетов И.В., Голубцов А.К., Севрюков Ф.Е.

ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий,
г. Москва, Россия

Цель: применить методику выполнения видеоассистированных хирургических вмешательств из малоинвазивного доступа при лечении дифференцированных злокачественных опухолей щитовидной железы.

Материалы и методы: в отделении микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена выполнены видеоассистированные операции на щитовидной железе из малоинвазивного бокового доступа на шее с помощью эндовидеоскопической техники, при дифференцированном раке щитовидной железы Т1-Т2NхM0 – 52 больным. Объем хирургического вмешательства: гемитиреоидэктомия с истмусэктомией, субтотальная резекция щитовидной железы, 18 пациентам с биопсией сторожевого лимфатического узла после предварительной лимфографии.

Результаты: длительность видеоассистированной операции на щитовидной железе составила в среднем 45 минут, с биопсией сторожевого лимфатического узла 60 минут. Интраоперационных осложнений не было. Результаты планового морфологического исследования карцином щитовидной железы: папиллярный рак – 47, фолликулярный рак – 1, медуллярный рак – 4. Микрометастазы папиллярного рака щитовидной железы в сторожевых лимфатических узлах были найдены у 9 больных, в этих случаях была выполнена экстрафасциальная тиреоидэктомия с паратрахеальной лимфаденэктомией.

Выводы: боковой мини-доступ на шее позволяет выполнить видеоассистированную резекцию щитовидной железы с определением сторожевого лимфатического узла, у больных дифференцированным раком щитовидной железы Т1-2NхM0.

ДИАГНОСТИКА РАКА ГОРТАНИ НА ЭТАПАХ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ.

Суровцев И.Ю., Королев В.Н., Кулаев К.И., Шарифуллина Е.Г.

ГЛПУ Окружной клинический онкологический диспансер.
ГОУ ДПО Уральская государственная медицинская академия
дополнительного образования.
г. Челябинск, Россия

С внедрением в практику современного видеоскопического оборудования с использованием режима увеличения и осмотра в узком спектре (Narrow-Band Imaging – NBI) с возможностью видеодокументирования и дальнейшей цифровой обработки получаемой информации, появляются новые возможности для планирования и оценки лечения. В чистом виде эндоскопическое исследование не может использоваться для объективной оценки степени распространенности процесса, глубины инвазии в окружающие ткани, и самое главное объективной оценки эффективности лечения, тогда как сочетание эндоскопических и лучевых (КТ, МРТ) методов диагностики в полной мере отвечают этой задаче.

С целью оптимизации алгоритма объективной диагностики рака гортани на этапах лучевого и химиолучевого лечения и учитывая важность проблемы объективной оценки степени регрессии первичной опухоли на фоне проводимой терапии, нами была разработана методика, позволяющая эффективно использовать сочетание эндоскопического и лучевого методов диагностики.

Результаты: На базе Челябинского областного клинического онкологического диспансера проводится проспективное исследование, в рамках которого обследовано по данной методике 54 больным раком гортани, проходившим органосохраняющее лечение в 2008-2010 гг. Полученные данные позволили адекватно оценить непосредственные результаты терапии и в ряде случаев своевременно изменить тактику специального лечения.

Выводы: Предложенная методика позволяет объективизировать оценку динамики регрессии опухоли на каждом этапе лучевого или химиолучевого лечения.

ФАКТОРЫ РИСКА РЕСПИРАТОРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ТИРЕОИДНОЙ ХИРУРГИИ

Тарабрин О.О., Буднюк А.А.

Одесский государственный медицинский университет,
Одесса, Украина

Введение. Повышение безопасности во время хирургических вмешательств является основной проблемой в анестезиологии. Одной из составляющих безопасности больного во время анестезиологического обеспечения операций на щитовидной железе является обеспечение и постоянный контроль проходимости верхних дыхательных путей, как на этапе интубации, так и на этапе экстубации трахеи. Цель работы – выявить причины нарушения проходимости верхних дыхательных путей у больных после операции на щитовидной железе.

Материалы и методы исследования. Исследовано 565 больных, которым проведено оперативное вмешательство на щитовидной железе. Из них: узловой эутиреоидный зоб – 170 больных (30%), полинодозный зоб – 140 (25%), тиреоидит – 45 (8%), рак щитовидной железы – 120 (21%), диффузно-токсический зоб – 90 (16%). Объем оперативных вмешательств был таким: гемитиреоидэктомия – 221 (38%), субтотальная тиреоидэктомия – 132 (23%), тотальная тиреоидэктомия – 222 (39%). Все операции проводились под внутривенной анестезией с искусственной вентиляцией легких.

Результаты и обсуждение. Анализ данных исследования показал, что частота респираторных осложнений в тиреоидной хирургии составила 11,8%. Частота отека гортани составила 5,5%, ларингоспазма – 3,0%, поврежденных гортанных нервов – 3,0% и послеоперационного кровотечения – 1,3%.

Заключение. Основными факторами риска респираторных осложнений, являются: возраст пациента, рак щитовидной железы, полинодозный зоб, субтотальная струмаэктомия, экстрафасциальная тиреоидэктомия и длительность операции.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕПАЛЬПИРУЕМЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Усовик О.А., Подсвязников С.О., Шолохов В.Н.

Введение. Особое место среди всех видов рака щитовидной железы занимает микрокарцинома. ВОЗ определяет её, как папиллярный рак щитовидной железы диаметром 1 см и менее. Многие авторы включают в эту группу фолликулярный и медуллярный типы. В случае верификации рака в непальпируемом узле щитовидной железы, тактика лечения таких больных до конца не определена.

Цель. Определить оптимальный объём хирургического вмешательства на непальпируемой опухоли щитовидной железы при выявлении в ней злокачественного процесса.

Материалы и методы. За период 1998-2009гг в клинике находилось 120 больных, которым были выполнены различные по объёму хирургические вмешательства. Наблюдали 103 (85,8%) женщины и 17 (14,2%) мужчин.

На первичном опухолевом очаге было произведено: тиреоидэктомия (41%), гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка (51%), субтотальная резекция щитовидной железы (8%). В случаях, где были регионарные метастазы (22 пациента - 18%) выполняли шейную лимфодиссекцию одновременно с тиреоидэктомией (11 случаев), с гемитиреоидэктомией с резекцией перешейка (8 случаев), с субтотальной резекцией щитовидной железы (2 случая). Локорегионарный рецидив отмечался у 10 пациентов. Их них у 6 после выполнения гемитиреоидэктомии с резекцией перешейка, у 3 после субтотальной резекцией щитовидной железы, у 1 после тиреоидэктомии. В 7 случаях выполняли тиреоидэктомию, в 3 - лимфодиссекцию.

Выводы. Анализ данных показал, объём хирургического вмешательства при верификации рака в непальпируемых узлах щитовидной железы должна быть направлена на полное или частичное удаление органа (зависит от возраста, пола пациента, размера, морфологии, количества узлов в щитовидной железе) и обязательной интраоперационной ревизией состояния зон регионарного метастазирования.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПАПИЛЛЯРНОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С РЕГИОНАРНЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ N1b

Хвостовой В.В., Сычев М.Д., Романищев В.Е., Киселев И.Л., Минаков А.А.

Кафедра онкологии Курского государственного медицинского университета
Областной онкологический диспансер,
г. Курск

Введение. Метастазирование папиллярного рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи с двух сторон, контрлатерально или в лимфоузлы средостения создает определенные трудности в тактике и технике предстоящей операции.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 39 больных с N1b при T1-T4 и M0-M1. Суммарное количество пораженных лимфоузлов – от 8 до 65. Принципиальным подходом в лечении этих больных была одномоментная операция с последующей радио-йодтерапией и супрессивной гормональной терапией.

Результаты. Изолированное метастазирование в контрлатеральные лимфоузлы шеи было у 4 пациентов. Им выполнена тиреоидэктомия с центральной шейной диссекцией и футлярно-фасциальной шейной диссекцией со стороны поражения. Больные живы в сроки до 4 лет. Метастазирование в лимфатические узлы шеи с двух сторон диагностировано у 12 пациентов. Им выполнялась тиреоидэктомия с центральной шейной диссекцией и футлярно-фасциальной шейной диссекцией с двух сторон. Из этой группы погибла одна больная через два года от метастазов в легкие, резистентных к радио-йодтерапии. У 8 пациентов диагностированы изолированные метастазы в лимфатические узлы верхнего средостения, им выполнялась тиреоидэктомия со стернотомией и медиастинальной лимфодиссекцией.

У одного больного из этой группы через год после операции диагностирован рецидив метастатического поражения средостения и метастазы в лимфоузлы шеи справа – выполнена рестернотомия, удаление метастаза + футлярно-фасциальная шейная диссекция справа. У 15 пациентов были диагностированы метастазы в лимфоузлы шеи со стороны поражения и метастазы в лимфатические узлы средостения. Им выполнена тиреоидэктомия с футлярно-фасциальной шейной диссекцией со стороны поражения + удаление метастазов из средостения из шейного разреза (11) или со стернотомией (4). Из этой группы умер один больной от прогрессирования заболевания. Все остальные живы без признаков рецидива.

Выводы. Оперативный метод является ведущим в лечении больных с папиллярным раком с N1b, одномоментные операции не ухудшают непосредственных и отдаленных результатов.

ПРЕВЕНТИВНАЯ ДИСЕКЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ ШЕИ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – ДА ИЛИ НЕТ

Шевченко С.П.^{1,2}, Сидоров С.В.^{1,2}, Дымов А.А.², Ровенских Д.Н.², Карпинская Е.В.²

Новосибирский государственный университет¹,
МБУЗ Городская клиническая больница №1,
г. Новосибирск²

Цель работы. Обосновать выполнения превентивной диссекции центральной клетчатки шеи при раке щитовидной железы.

Материалы и методы. Проведен анализ хирургического лечения 90 пациента ДРЩЖ. Женщин было 82 (91,1%), мужчин – 8 (8,9%). Возраст – от 17 до 71 лет (средний возраст – 45 года). Всем больным выполнялась экстрафасциальная тиреоидэктомия с превентивной диссекцией центральной клетчатки шеи (ЦКШ).

Результаты. Гистологически выявлено, что папиллярный рак встречался в 78 случаях (86,7%), фолликулярный – в 12 (13,3%). У 50 пациентов (55,6%) отмечено метастатическое поражение лимфоузлов ЦКШ. При анализе групп по гистологическому варианту опухоли выявлено: при папиллярном раке – 48 пациентов из 78 (61,5%), при фолликулярном раке – 2 больных из 12 (16,7%). Частота метастатического поражения папиллярного рака в лимфоузлы VI уровня, в зависимости от локализации опухоли в доле (всего 24 пациента): только в верхнем полюсе доли (2 случая) – метастазов не найдено; в средней трети – метастазы выявлены в 84,6% (11 случаев из 13); в нижней трети – метастазы выявлены в 77,8% (7 случаев из 9). У остальных 24 пациентов опухоль занимала больше чем 1/3 доли. Они исключены из анализа. Частота метастазирования в лимфоузлы ЦКШ зависит и от характеристики первичной опухоли по символу Т (TNM от 2002 г.): при Т 1 – 40% (10 случаев из 25); при Т 2 – 64,1% (25 случаев из 39); при Т 3, Т 4 – 92,9% (13 случаев из 14). Интраоперационно у 15 пациентов была применена лимфография. Информативность выявления «сторожевого» лимфоузла – 93,4%. Учитывая послеоперационное стадирование всем больным с метастазами в лимфоузлы ЦКШ (N1a) проведено комбинированное лечение (радио-йодтерапия). Прогрессирование отмечено у 1 пациента из 50 (2%) – метастазы в югулярные лимфоузлы шеи. Выполнена боковая лимфоаденэктомия (без VI уровня).

Выводы. Превентивная диссекция ЦКШ: 1) показана при папиллярном раке щитовидной железы при опухолях Т 3, Т 4 (по TNM от 2002 г.) и локализации последней в ср/3 и н/3 доли; 2) обеспечивает максимальный лечебный эффект; 3) дает возможность уточненного стадирования – адекватная тактика дальнейшего комбинированного лечения; 4) является хирургической профилактикой повреждений возвратного нерва при необходимости повторных операций в случае прогрессирования; 5) при фолликулярном раке – показания к диссекции ЦКШ определяются по результатам интраоперационной лимфографии.

**КРИОХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ
РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНИ,
НЕ ИЗЛЕЧЕННОГО ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ**

Яворская Н.И.

Онкологический диспансер
г.Сочи

Проблема лечения большой группы больных раком гортани, не излеченным лучевой терапией, требует привлечения новых технологий. Одним из перспективных органосохраняющих методов лечения злокачественных новообразований является метод локального криовоздействия, который уже утвердился как метод выбора в лечении опухолей наружной локализации. В России криохирургический метод в лечении рака гортани впервые применил В.В.Шенталь. С 1968 по 1972 гг им была произведена криодеструкция остаточной и рецидивной опухоли гортани после лучевой терапии 10 больным, которые наблюдались более 3 лет без рецидива и метастазов. Патент на криохирургический способ лечения распространенного рака гортани № 2211669 от 26.09.2001 г. Авторы Шенталь В. В., Топорова Н. И., Пустынский И. Н.

По данной методике мною пролечено более 300 больных, из них прослежено 224. Первичный рак гортани был у 30,4%, остаточный рак гортани после лучевой терапии у 53,7% и рецидив рака гортани после лучевой терапии у 15,9% больных. В исследования были включены только больные не излеченные лучевым методом. Все мужчины.

До начала лечения рак гортани Т2НОМ0 был 5,5%, Т2Н1М0 - 1,3%,

Т3НОМ0 - 84,4% и Т3Н1М0 - 8,8% наблюдений. Опухоль гортани, подвергшаяся криодеструкции, соответствовала символу уТ1 - 35,2%, уТ2 - 45,9%, уТ3 - 18,3% наблюдениях.

Осложнений в процессе криовоздействия на опухоль гортани не отмечено. В послеоперационном периоде пневмония 19,7%, перихондрит щитовидного хряща 27,0% и лигатурный свищ 4,9% наблюдений.

Продолженный рост опухоли гортани реализовался в 15 (6,6%), рецидив в 8 (3,5%), регионарные метастазы в 28(12,3%) наблюдениях. Во всех случаях был достигнут хороший косметический и функциональный эффект без применения дополнительных восстановительных мероприятий. Сохранена гортань и ее функции 89,9% больным. Период реабилитации составил 4-6 месяцев. Возвратилось к прежнему труду 72% больных трудоспособного возраста.

В группе первичных больных общая 3-летняя выживаемость составила 91,3%, 5-летняя – 78,8%, 10-летняя – 40,9%. В группе больных с остаточной опухолью гортани послелучевой терапии, общая 3-летняя выживаемость составила 79,3%, 5-летняя – 63,5%, 10 летняя 26,2%. В группе больных с рецидивом опухоли гортани после лучевой терапии общая 3-летняя выживаемость составила 71,2%, 5-летняя – 66,0%, 10-летняя – 23,1%.

Проведенные исследования позволяют положительно оценить криохирургический метод лечения больных раком гортани. Высокая эффективность метода, его сочетание с лучевой терапией, полная реабилитация и возврат больных к активной трудовой деятельности без дополнительных мероприятий позволяют рекомендовать его в клиническую практику.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ОСОБЕННОСТЕЙ РЕАГИРОВАНИЯ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ И ПРОЦЕСС ЛЕЧЕНИЯ У ОНКОБОЛЬНЫХ

Залесная Е.В., Кошель А.П., Севостьянова Н.В., Клоков С.С., Ракитин С.С.

НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, г.Северск

Введение: Психологический анализ личностных особенностей у больных раком пищеварительной системы имеет важное прогностическое значение для индивидуализации подхода, а также для разработки мер медико-реабилитационного направления.

Целью психодиагностического исследования было выявление личностных особенностей у больных с онкопатологией системы пищеварения. Нами было обследовано 30 больных. Средний возраст пациентов $59 \pm 0,9$.

Материалы и методы: Личные особенности пациентов изучались с помощью психодиагностических опросников: теста Ч.Д.Спилбергера – Ю.Л.Ханина (шкала личностной и реактивной тревожности); методика ЛОБИ (шкала отношений к болезни); общий опросник «SF-36 HEALTH STATUS SURVEY» (метод оценки качества жизни).

Результаты и обсуждения. Как показали наши исследования, психологические особенности больных характеризуются повышенной ситуативной и личностной тревожностью, лидирующим типом отношения к болезни оказался – тревожный - у 15 человек, на втором сенситивный – 5 человек и остальные 5 человек со смешанными типами. Тревожный тип реагирования характеризуется непрерывным беспокойством и мнительностью в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах лечения, непрерывный поиск «авторитетов». В отличие от ипохондрии более интересуют объективные данные о болезни (результат анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение, прежде всего тревожное, угнетенность - вследствие этой тревоги. Так же нами было установлено, что качество жизни данных пациентов значительно снижено, практически по всем шкалам SF-36. Учитывая изменения психо-эмоционального статуса у онкологических больных гастроэнтерологического профиля, целесообразно разработать программы для выявления и коррекции данной патологии.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОНКООРТОПЕДИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ.

Иванина И.В., Щупак М.Ю., Хотеев А.Ж.

Московская городская онкологическая больница № 62, Москва, РФ.

Цель исследования: анализ методик анестезии, кровосберегающих технологий и особенностей послеоперационного периода при онкоортопедических операциях.

Материалы и методы: проанализированы данные историй болезни 52 пациентов, после оперативных вмешательств на тазовом кольце с интраоперационной кровопотерей более 1500 мл. Возраст

пациентов составил $45,9 \pm 2,6$ лет, длительность операций 198 ± 13 мин, анестезии 245 ± 12 мин. У 42 пациентов (79%) применяли острую изоволемическую гемодилюцию (ИЗВГД), в 17 (33%) случаях использовали аппаратную интра- и послеоперационную непрерывную аутогемотрансфузию (НАГТ). Регистрировали показатели гемодинамики и газообмена, объем кровопотери и реинфузии, динамику лабораторных показателей и особенности течения послеоперационного периода.

Результаты: интраоперационно отмечали снижение Hb на 37% на этапе удаления препарата, кровопотеря составила 1912 ± 109 мл (1500-3700 мл). Объем инфузии составил 64 ± 4 мл/кг, реинфузия аутокрови 556 ± 29 мл и аутоэритроцитов 416 ± 67 мл (Ht 80%).

| | ИЗВГД | НАГТ |
|---|-------------------|-------------------|
| Частота использования эритроцитарной массы (%) | 63 | 33 |
| Средний расход эритроцитарной массы (мл) | $445,9 \pm 60,3$ | $118,7 \pm 60,2$ |
| Средний расход СЗП (мл) | $1140,6 \pm 59,9$ | $754,4 \pm 145,2$ |
| Длительность нахождения в ОРИТ (ч) | $30,7 \pm 4,8$ | $21,7 \pm 2,9$ |
| Длительность послеоперационной госпитализации (сут) | $32,2 \pm 2,5$ | $19,3 \pm 1,2$ |

Заключение: оптимизация периоперационной интенсивной терапии с применением современных кровосберегающих технологий при операциях, сопровождающихся массивной кровопотерей, позволяет уменьшить и в большинстве случаев исключить донорскую гемотрансфузию, сократить сроки послеоперационного пребывания пациентов в ОРИТ и стационаре.

ВЛИЯНИЕ СТАДИИ БОЛЕЗНИ НА РИСК РАЗВИТИЯ ЛЕТАЛЬНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Касюк А.А.

Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Одним из факторов, потенциально влияющих на развитие летальной послеоперационной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у онкологических пациентов, является стадия болезни.

Цель исследования. Путем оценки функции риска развития летальной послеоперационной ТЭЛА установить исходное значение риска (H(0)), относительную величину максимального значения риска (H_{max}) и сутки послеоперационного периода, на которые риск достигает H_{max} у пациентов с различными стадиями болезни.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили данные медицинских карт 85 онкологических пациентов, умерших в послеоперационном периоде от ТЭЛА в клинике Центра за 1999-2008 гг. У всех больных диагноз ТЭЛА был подтвержден на аутопсии.

Результаты. У больных с I, II стадиями H(0) был равен 0, III стадией – $0,45 H_{max}$, IV стадией – $0,86 H_{max}$. У пациентов с I, II стадиями риск достигал H_{max} на 8-е сутки после операции, III стадией – на 6-е сутки, IV стадией – на 5-е сутки. Величина H_{max} для II стадии составила $1,2 H_{max}$ I стадии, для III стадии – $1,5 H_{max}$ I стадии, для IV стадии – $1,6 H_{max}$ I стадии.

Выводы. 1. Стадия влияет на риск развития послеоперационной ТЭЛА у онкологических пациентов. 2. По мере нарастания стадии болезни увеличиваются исходное значение риска и относительная величина максимального значения риска. 3. Риск достигает максимального значения быстрее всего у пациентов с IV стадией болезни.

РИСК РАЗВИТИЯ ЛЕТАЛЬНОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Касюк А.А.

Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Проблема эффективной профилактики послеоперационной тромбоземболии легочной артерии (ТЭЛА) у онкологических пациентов далека от своего разрешения.

Цель исследования. Путем оценки функции риска развития послеоперационной летальной ТЭЛА установить: 1) значение риска в день операции; 2) на какие сутки после операции риск достигает максимального значения (H_{max}); 3) величину риска к 7-м и 28-м суткам послеоперационного периода, а также сутки послеоперационного периода, на которые риск снижается до 50% от H_{max} .

Материал и методы. Материалом для исследования послужили данные медицинских карт 85 онкологических пациентов, умерших в послеоперационном периоде от ТЭЛА в клинике Центра за 1999-2008 гг. У всех пациентов диагноз ТЭЛА был подтвержден секционно.

Результаты. Исходное значение риска составляет $0,8H_{max}$. Риск достигает максимального значения на 7-е сутки после операции. Через 28 суток после операции риск остается высоким и составляет $0,67H_{max}$, а снижение риска до величины $0,5H_{max}$ происходит лишь к 38-м суткам послеоперационного периода.

Закключение. Риск развития летальной ТЭЛА в послеоперационном периоде у онкологических пациентов достигает максимального значения на 7-е сутки после операции и сохраняется повышенным в течение 5 недель после операции. Полученные данные свидетельствуют о необходимости увеличения продолжительности антикоагулянтной профилактики венозных тромбоземболических осложнений в послеоперационном периоде у онкологических больных с учетом длительности периода высокого тромбогенного риска.

ВОЗМОЖНОСТЬ КОРРЕКЦИИ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ МЕТОДОМ СИПИНГА ЭНТЕРАЛЬНЫМИ ПИТАТЕЛЬНЫМИ СМЕСЯМИ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ РАНАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Свиридов С.В., Федоров С.В., Алиева Т.У.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии л/ф РГМУ, Москва, Россия

Повреждение мягких тканей с последующим их инфицированием и образованием обширных гнойных ран формирует у хирургических больных симптомокомплекс, обусловленный гнойной инфекцией, интоксикацией, развитием синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) или сепсиса. Многочисленными исследованиями доказано, что у данных пациентов уже в ближайшие 3-5 суток с момента повреждения формируется выраженная белково-энергетическая недостаточность (БЭН).

Как правило, эффективность энтерального питания (ЭП) оценивается по степени восстановления в плазме крови уровня общего белка, альбумина, трансферрина, преальбумина, абсолютного числа лимфоцитов, как наиболее доступных и информативных биохимических маркеров, отражающих выраженность БЭН. В последние годы предлагается оценивать динамику микроэлементов (МЭ), как критерия эффективности терапии и благополучного прогноза лечения.

Цель исследования: оценить эффективность сипинга энтеральной питательной смесью (ЭПС) «Нутризон» по коррекции микроэлементов Zn^{++} и Cu^{++} в плазме крови у хирургических больных с гнойными ранами мягких тканей (ГРМТ).

Материалы и методы. Исследование выполнено у 46 хирургических больных с ГРМТ в возрасте $46,1 \pm 17,1$ лет (28 мужчин и 18 женщин). По виду нутритивной поддержки (НП), проводимой в послеоперационном периоде, пациенты были разделены на две группы. 26 пациентов 1-ой группы (контрольной) получали общий вид диеты (ОВД); у 20 пациен-

тов 2-ой группы (основная) в послеоперационном периоде на протяжении трех недель лечения дополнительно к ОВД проводился сипинг ЭПС «Нутризон» в объеме 600,0-700,0 мл /сут при стандартном разведении (1 ккал/мл). В динамике оценивались уровни цинка, меди, трансферрина и С-реактивного белка (СРБ). Референтные значения в плазме крови для вышеуказанных параметров следующие: медь в сыворотке – 11,0-22,0 мкмоль/л; цинк – 11,1- 19,5 мкмоль/л; трансферрин – 2,0-3,6 г/л; СРБ – 0-6 мг/л.

Результаты исследования и обсуждение. Как представлено в таблицах 1 и 2 у пациентов контрольной и основной групп исходно были снижены показатели трансферрина и цинка в плазме крови, существенно выше нормы были значения СРБ и соотношения Cu/Zn (норма, 1,1-1,3). На фоне стандартного общебольничного питания в рамках ОВД (таблица 1) нами не отмечено достоверных различий большинства показателей БЭН и МЭ у пациентов контрольной группы.

Таблица 1

Динамика микроэлементов, трансферрина и СРБ у хирургических больных контрольной группы на этапах лечения (n=26)

| Параметры | Исходные показатели | Через 21 день лечения |
|------------------|---------------------|-----------------------|
| Zn, мкмоль/л | 8,76±4,11 | 10,43±5,07 |
| Cu, мкмоль/л | 17,91±6,14 | 19,60±5,30 |
| Cu/Zn, мкмоль/л | 2,41±1,20 | 2,12±0,97 |
| Трансферрин, г/л | 1,35±0,44 | 1,80±0,80 |
| СРБ, мг/л | 136,6±62,6 | 26,9±12,90* |

* – $p < 0,05$ по сравнению с исходными величинами.

Напротив, сипинг посредством ЭПС «Нутризон» предоставляет клиницистам возможность не только более значимо устранить БЭН, но и способствовать нормализации МЭ на фоне ССВР.

Таблица 2

Динамика микроэлементов, трансферрина и СРБ у хирургических больных основной группы на этапах лечения (n=20)

| Параметры | Исходные показатели | Через 21 день лечения |
|------------------|---------------------|-----------------------|
| Zn, мкмоль/л | 6,99±2,99 | 12,70±4,5* |
| Cu, мкмоль/л | 14,97±5,15 | 13,60±4,0 |
| Cu/Zn, мкмоль/л | 3,03±0,3 | 1,40±0,5* |
| Трансферрин, г/л | 1,20±0,40 | 2,20±0,40* |
| СРБ, мг/л | 141,4±62,8 | 15,3±2,20* |

* – $p < 0,05$ по сравнению с исходными величинами.

Закключение. Сипинг посредством ЭПС «Нутризон» может рассматриваться в качестве метода коррекции МЭ в плазме крови у больных с гнойными ранами мягких тканей.

СЕЛЕН В КОМПЛЕКСЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОСТРЕЗЕКЦИОННОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.

Свиридова С.П., Горожанская Э.Г., Сомонова О.В., Добровольская М.М., Елизарова А.Л., Власенко О.С.

РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, г. Москва, Россия.

Введение. В патогенезе печеночной недостаточности после операции ведущее место отводится реактивным кислородным радикалам. Механизм действия селена основан на защите клеток от повреждения агрессивными ионами пероксинитрита..

Цель: определить возможности селенасы в снижении степени печеночной недостаточности в раннем послеоперационном периоде.

Задачи: изучить содержание селена, степень эндогенной интоксикации, состояние синтетической функции печени в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы: обследовано 39 больных, оперированных по поводу первичного и метастатического рака печени. Всем больным назначали стандартную интенсивную терапию в послеоперационном периоде. Больным исследуемой группы (n=19) дополнительно внутривенно вводили Селеназу (Biosyn) в 1-е сутки 2000 мкг, в последующие 4 суток по 1000 мкг. Контрольную группу составили 20 больных. Степень эндогенной интоксикации оценивали по содержанию метаболитов оксида азота

(NOx), уровню малонового альдегида (МДА). Изучали содержание в крови уровня селена, протромбина, мочевины, фибриногена, антитромбина III, протеина С, плазминогена, АСТ, АЛТ, билирубина.

Результаты. До операции у всех исследованных больных уровень селена в плазме крови был в 1,5 раза ниже нормы. Стандартные биохимические показатели существенно не были изменены у подавляющего числа больных. При этом уровни NOx и МДА были в 2 раза выше, чем у здоровых лиц. Для 1-3-х суток после операции характерна высокая гипеферментемия, умеренная гипербилирубинемия, снижение в 2 раза уровня протромбина, антитромбина III, протеина С, плазминогена, резкое нарастание уровня NOx и МДА. У всех больных содержание в плазме селена на 5 сутки оставалось значительно ниже нормы. При этом, в исследуемой группе больных содержание NOx практически нормализовалось, а МДА оставалось на исходном уровне. В то же время в контрольной группе NOx и МДА продолжало повышаться. Только у больных исследуемой группы на 7-10 сутки отмечена тенденция к повышению содержания протромбина, мочевины, протеина С, плазминогена (хотя показатели оставались существенно сниженными).

Выводы. Полученные результаты показывают целесообразность использования селеназы до операции и в раннем послеоперационном периоде у больных с опухолевым поражением печени.

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Сомонова О.В., Маджуга А.В., Елизарова А.Л., Свиридова С.П.

РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН,
г. Москва, Россия

Введение. Онкологическое заболевание повышает риск развития тромботических осложнений в 6-7 раз. Известно, что послеоперационные тромбозы глубоких вен нижних конечностей развиваются у 50-60% онкологических больных, причем часть из них формируется уже на операционном столе и в первые трое суток после операции, около 70% из них протекает бессимптомно.

Цель работы. Изучить влияние низкомолекулярных гепаринов (НМГ) на систему гемостаза и частоту тромботических осложнений у оперированных онкологических больных.

Материалы и методы. Изучена система гемостаза у 450 оперированных онкологических больных. I группа (240 чел.) получали НМГ за 12 час до операции и в течение 7-20 дней послеоперационного периода. II группа (160 чел.) - не получавшие медикаментозной профилактики тромботических осложнений (контрольная группа). Кроме того, изучена система гемостаза у 50 оперированных онкологических больных с тромбозами и ТЭЛА.

Результаты и обсуждение. У онкологических больных до начала лечения имела место гиперкоагуляция с признаками хронического внутрисосудистого свертывания крови. Применение низкомолекулярных гепаринов до операции и в послеоперационном периоде (7-20 дней) у больных опухолями опорно-двигательного аппарата и онкогинекологических больных снижает активацию прокоагулянтного и тромбоцитарного звеньев системы гемостаза, уровень маркеров внутрисосудистого свертывания крови и тромбообразования. Низкомолекулярные гепарины способствуют восстановлению естественных ингибиторов тромбина и поддерживают защитную функцию фибринолиза, что приводит к снижению тромботических осложнений. У больных опухолями опорно-двигательного аппарата тромбозы в контрольной группе развились в 13% случаев, в группе, получающей клексан - в 2% случаев; у онкогинекологических больных тромбозы в контрольной группе развились в 13% случаях, в группе, получающей фраксипарин - в 6% случаях, в группе, получающей клексан - в 5% случаях. Применение НМГ в лечебных дозах у больных с тромбозами и ТЭЛА снижает интенсивность внутрисосудистого свертывания крови, приводит к восстановлению числа тромбоцитов (и агрегации) и является эффективным и адекватным методом лечения тромботических осложнений.

Выводы. Низкомолекулярные гепарины являются эффективным

средством профилактики и лечения тромботических осложнений у онкологических больных.

ВОЗМОЖНОСТИ СТРЕСС-ЛИМИТИРУЮЩИХ КОМПОНЕНТОВ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО.

Туманян С.В., Златник Е.Ю., Попова Е.В.

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»,
Ростов-на-Дону, Россия.

Выбор анестезии при торакальных операциях остается актуальным в связи с необходимостью оптимизировать как анестезиологическое обеспечение, так и способствовать сохранению адекватной перфузии тканей, профилактике гипоксических осложнений у больных раком легкого.

Цель: повышение качества анестезиологического обеспечения больных раком легкого путем активации стресс-лимитирующих систем. Проведено анестезиологическое пособие 55 больным, оперированным по поводу рака легкого. 1-ю группу составили больные с общей анестезией (ОА) на основе ТВА. Во 2-й группе ОА дополнялась даларгином, верапамиллом и актовегином. В 3-й группе даларгин предварительно инкубировали с аутокровью и вводили на наиболее травматичных этапах операции. Стресс-лимитирующее воздействие оценивали по состоянию центральной гемодинамики, уровню стресс-гормонов, провоспалительных сывороточных цитокинов за сутки до операции, на наиболее травматичном этапе, через 6 часов и на 1-е сутки после операции. Проведенные исследования центральной гемодинамики у больных раком легкого исходно указывали на гиперкинетический тип кровообращения (СИ $4,2 \pm 0,26$ л/мин-м²) и повышение потребления кислорода миокардом (ДП $16,3 \pm 0,44$). ОА в 1-й группе не способствовало оптимизации кровообращения. Во 2-й и в 3-й группах использование стресс-лимитирующих компонентов обусловило переход кровообращения на эукинетический тип. Содержание ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО- α в сыворотке больных 2-й и 3-й групп также демонстрирует достаточно благоприятную динамику, чем в 1-й группе. Использование даларгина и других компонентов приводит к снижению количества и/или частоты нарастания их уровня в сыворотке в течение первых суток после операции, что следует рассматривать как проявление антистрессорного и иммунорегуляторного эффекта.

СОСТОЯНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ III-IV СТЕПЕНИ, В УСЛОВИЯХ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ.

Туманян С.В., Корнилова Е.Ю.

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»,
Ростов-на-Дону, Россия.

Одним из факторов риска возникновения рака эндометрия является ожирение. Количество онкогинекологических больных увеличивается, а избыточная масса тела становится у них одним из факторов анестезиологического риска. Патологические особенности и связанные с ним функционально-анатомические изменения системы кровообращения, газообмена, метаболизма и проч., требуют особого подхода к проведению анестезиологического пособия у таких больных.

Целью работы явилась оценка центральной гемодинамики у онкогинекологических больных с ожирением III-IV степени оперированных в условиях общей многокомпонентной анестезии (ОА).

Проанализировано состояние кровообращения по данным центральной гемодинамики в исходе и в течение ОА у 55 женщин оперированных по поводу рака эндометрия с сопутствующим алиментарным ожирением III-IV степени без выраженных признаков сердечной и легочной декомпенсации. Средний возраст составил 58 ± 5 лет. Индекс массы тела (ИМТ) - $37,3 \pm 1,4$ кг/см². В качестве анестезиологического обеспечения использована общая анестезия с постоянной инфузией пропофола, мидазолама и фентанила. Результаты исследования показали, что у онкогинекологических больных раком эндометрия и сопутствующим алиментарным ожи-

рением III-IV степени в 67% случаев регистрируется гипокINETический, в 31% – гиперкинетический и в 2% - эукинетический тип кровообращения. Проведение ОА не способствует перестройке механизмов ауторегуляции кровообращения во время операционного стресса, что требует разработки новых вариантов анестезиологического обеспечения онкогинекологических больных с ожирением III-IV степени в периоперационном периоде.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СНИЖЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

*Чилингарянец С.Г., Шихлярова А.И., Барсукова Л.П.,
Марьяновская Г.Я., Коробейникова Е.П., Протасова Т.П.*

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт
Росмедтехнологий»,
г. Ростов-на-Дону, Россия

К числу новых приоритетных методов, призванных повысить эффективность хирургического лечения, относится послеоперационная (ПО) сверхнизкочастотная магнитотерапия (СНЧМП). Эта технология предусматривает воздействие СНЧМП в соответствии с наличием локальной высокой магнитовосприимчивости сигнала в затылочной области и основана на режимах относительной синхронизации эндо- и экзогенной поличастотной ритмики, экспоненциального снижения интенсивности и

идентификации интегральных реакций (ИР) организма. Проведение воздействий больным раком легкого, начиная со 2-х суток после операции и далее в течение 2 недель, способствовало снижению в 2,3 раза послеоперационной летальности и в 1,8 раз ПО осложнений за счет уменьшения случаев тромбоэмболии легочной артерии, инфаркта миокарда, нарушений мозгового кровообращения, желудочных кровотечений, снижения частоты пневмоний по сравнению с показателями контрольной группы (без СНЧМП). Физиологическими коррелятами лечебного действия СНЧМП явились показатели функциональной активности ЦНС, эндокринной и иммунной систем. Отмечалось усиление пространственной синхронизации корковых биопотенциалов в альфа- и бета-диапазонах ЭЭГ. Снижалась в 3,6 раза мощность медленных волн, что коррелировало с нормализацией вегетативной активности: снижением повышенного уровня кортизола и адреналина, восстановлением мелатонинообразующей функции эпифиза, щитовидной железы и гонад. Увеличилось содержание Тлф за счет хелперно-индукторных клеток, экспрессирующих маркер CD4+, митогенный ответ Т- и В-клеток. Механизм мультисистемных изменений, индуцированных с помощью технологии центрального воздействия СНЧМП, на уровне организма связан с развитием альтернативных стрессу симптомокомплексов ИР физиологического типа, идентифицированных при СНЧМП. Дополнение хирургического лечения методами патогенетической терапии позволяет осуществлять целенаправленную регуляцию гомеостаза, ограничивать ПО осложнения и ускорять период физиологической реабилитации больных.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

РАДИОХИРУРГИЧЕСКИЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ С ВЫСОКОЙ МОЩНОСТЬЮ ДОЗЫ (HDR)

Васильченко И.Л., Пастушенко Д.А.

Областной клинический онкологический диспансер, г. Кемерово, Россия

Введение. Классический комбинированный метод лечения ведет к потере функции гортани, поскольку, основным компонентом является оперативное вмешательство в объеме ларингэктомии.

Цель работы. Разработать способ органосохраняющего хирургического лечения злокачественных новообразований гортани и гортаноглотки.

Материалы и методы. На первом этапе больные получали предоперационную лучевую терапию разовой очаговой дозой 2,5 Гр 5 раз в неделю до суммарной дозы 30 Гр.

На втором этапе через 10 дней выполнялось органосохраняющее хирургическое лечение, заключающееся в различных вариантах резекции гортани с одномоментным изготовлением индивидуального тканеэквивалентного аппликатора. После изготовления аппликатора в него помещались интрастаты для проведения интраоперационной лучевой терапии. Количество и длина активной части интрастатов соответствовали объему резецированной гортани. Интраоперационную лучевую терапию с разовой очаговой дозой 10 Гр проводили на аппарате «Гаммамед плюс».

Результаты. 46 (95,8%) больных после проведенного лечения живы без признаков местного рецидивирования. Одного (2,2%) больного не удалось деканюлировать в связи с выраженным рубцовым процессом в гортани. У 2 (4,2%) больных возник продолженный рост в течение шести месяцев

Выводы. Разрабатываемый метод позволит снизить риск развития местных рецидивов и расширить показания к органосохраняющим операциям.

РАЗРАБОТКА НОВОГО СПОСОБА ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТНОЙ ЖИДКОСТИ В ПРОТИВООПУХОЛЕВОМ ЛЕЧЕНИИ

Гаркави Л.Х., Жукова Г.В., Бартенева Т.А., Суханова М.И., Михолап А.И., Евстратова О.Ф.

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»
г. Ростов-на-Дону, Россия

В настоящее время все более широкое распространение получает метод магнито-жидкостной гипертермии, позволяющий существенно уменьшать размеры солидных опухолей и повышать их чувствительность к действию цитостатиков. В эксперименте на крысах с перевивными опухолями разрабатывается метод воздействия на опухоль с использованием магнитной жидкости (МЖ) в качестве самостоятельного фактора или в комбинации с внешним слабым инфранизкочастотным магнитным полем (ИНЧ МП), принципиально отличающимся по своим параметрам от магнитного поля, применяющегося при магнито-жидкостной гипертермии.

МЖ (АМ-01) вводили перитуморально в различных концентрациях в диапазоне 50-100 мг/кг, воздействие ИНЧ МП (менее 10 Гц, 20 мТ) проводили на опухоль и перифокальную зону. Использование МЖ

в эффективной концентрации позволило получить регрессию саркомы 45 в 50% случаев и торможение её роста более чем на 30% – в 17% случаев. При комбинированном воздействии МЖ и ИНЧ МП эффект был более выраженным – регрессия отмечена в 67% случаях, у остальных животных наблюдалось торможение роста опухоли не менее чем на 50%. По нашему мнению, полученные результаты свидетельствуют о перспективности разрабатываемого метода для оперативного и комплексного противоопухолевого лечения.

СТЕРЕОТАКСИЧЕСКАЯ РАДИОТЕРАПИЯ И РАДИОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Голанов А.В., Горлачев Г.Е.

НИИ нейрохирургии им. акад.Н.Н. Бурденко РАМН, Москва, Россия

В 1951 году профессор Leksell объединил методы стереотаксиса и лучевого воздействия и разработал новый метод, названный им «стереотаксическая радиохирургия». Международная группа по изучению применения радиационной терапии в онкологии (RTOG) определила радиохирургический метод как прецизионное облучение небольших интракраниальных или спинальных мишеней, стереотаксически локализуемых с помощью изображений высокого разрешения. Различные методы лучевой терапии играют все большую роль в лечении нейрохирургических больных становясь сегодня стандартом лечения различной патологии центральной нервной системы. Для ряда заболеваний это важная часть комбинированного лечения, а при невозможности или повышенной опасности хирургического вмешательства – альтернатива прямой операции

В течение 5 лет в НИИ нейрохирургии работает отделение радиологии и радиохирургии. Лечение осуществляется на современных линейных ускорителях «Новалис», «Примус», и «Кибер-Нож», а также специализированной установке для стереотаксической радиохирургии «Гамма-нож», использующей источник ^{60}Co . «Novalis» – линейный ускоритель (6 МэВ) фирмы «Varian» (США) с многолепестковым коллиматором и программным обеспечением «BrainScan» фирмы «BrainLab» (Германия) используется для стереотаксической радиотерапии с полем до 10×10 см и стереотаксической радиохирургии; Приложение «Novalis body-Exac Trac», позволяет проводить стереотаксическое облучение, в том числе радиохирургическое лечение патологических объемных образований в том числе экстракраниальной локализации с высокой степенью точностью (до 1 мм). «Primus» – линейный ускоритель фирмы «Siemens» (Германия) с макромноголепестковым коллиматором с полем до 40×40 см, несколькими видами энергии облучения, возможностью лучевой терапии электронами, – используется для стереотаксической конвенциональной радиотерапии;

С мая 2009 года ведется лечение на линейном ускорителе 6 МэВ, оснащенного промышленным роботизированным приводом «CyberKnife» (фирма «Accuray», США). Проводится лечение в режимах радиохирургии и гипофракционирования. Роботизированная система «Кибернож» («Cyberknife» производства фирмы «Accuray», США) предназначена для стереотаксического облучения с субмиллиметровой точностью опухолей и артерио-венозных мальформаций любой локализации. Отличительной особенностью системы для радиохирургического лечения «Кибернож», отличающей ее от других установок, является возможность конформного облучения с высокой степенью точности мишени любой конфигурации, вне зависимости от ее локализации, в том числе, при экстракраниальном распространении без инвазивной фиксации в любом режиме фрак-

ционирования.

При выборе аппарата, техники и режима облучения, разовой и суммарной очаговой дозы необходимо учитывать состояние пациента, гистологические особенности образования, его расположение и объем. Расчет фактора ВДФ (время, доза, фракционирование) при использовании различных режимов фракционирования позволяет добиться высоких результатов лечения и минимизировать риск развития лучевых осложнений.

При радиохирургическом лечении используется однократное подведение дозы выше 12 Гр. Необходимым условием возможности проведения радиохирургического лечения являются относительно небольшие размеры объемного образования, которые не должны превышать 3,5 см в диаметре (до 20 мл в объеме), т.к. при облучении мишеней большего размера, значительно возрастает риск развития ранних и отсроченных лучевых осложнений в виде развития лучевого некроза с выраженной реакцией окружающего мозгового вещества. Расположение патологического объемного образования в непосредственной близости от функционально значимых структур может также ограничивать возможность однократного применения высокой дозы ионизирующего излучения, что может обусловить выбор лечения в пользу фракционированного лечения, т.е. лучевой терапии. Особенно чувствительны к ионизирующему излучению зрительные пути, разовая лучевая нагрузка на которые согласно международным рекомендациям не должна превышать 8 Гр. Наличие быстро прогрессирующего неврологического дефицита, признаков внутричерепной гипертензии и симптомов выраженной дислокации срединных структур мозга является противопоказанием к проведению радиохирургии.

Всего за это время пролечено 4368 больных, из которых 10% составили пациенты детского возраста. Большинство больных составили пациенты с опухолями основания черепа (менингиомы, невриномы, аденомы гипофиза, краниофарингиомы, хордомы) – 45%, с метастатическим поражением головного мозга 20%, с глиальными опухолями различной локализации – 21%, с артерио-венозными мальформациями – 10%, с прочими опухолями и функциональными заболеваниями – 4%. Стереотаксическая радиотерапия проведена в 1942 случае, радиохирургическое лечение и гипофракционированное лечение – у 2426 больных. Выбор метода облучения, аппарата и режима фракционирования определялся состоянием больного, симптоматикой, размерами, локализацией и гистологической структурой новообразования. Толерантность критических структур является лимитирующим фактором для дозы и режимов фракционирования.

Ниже представлено распределение больных по различным аппаратам для облучения.

| | всего |
|-----------------------------------|--------------|
| Новалис | 1807 |
| <i>фракционированное лечение</i> | <i>1122</i> |
| <i>радиохирургическое лечение</i> | <i>685</i> |
| Примус | 955 |
| Кибер-нож (за 1 год) | 198 |
| Гамма-нож | 1408 |
| Всего | 4368 |

Первые полученные результаты показали высокую эффективность стереотаксического облучения, как самостоятельного метода лечения, так и в составе комплексного или комбинированного лечения при различных видах нейрохирургической патологии. Применение конформной стереотаксической радиотерапии / радиохирургии привело к значительному снижению риска возникновения различных реакций на облучение.

Отмечена высокая эффективность радиохирургии как в отношении различных первичных доброкачественных и злокачественных опухолей, так и вторичных новообразований, внутримозговых метастазов различной гистологической природы.

Радиохирургический метод в настоящее время является методом выбора при лечении метастазов рака различной локализации и гистологической природы в головной мозг, будучи эффективным даже при резистентных к фракционированному облучению формах (меланомы, светлоклеточный рак почек). Контроль опухолевого роста достигается более чем в 90% случаев при условии подведения значительных доз излучения (не менее 18 Гр по краю опухоли).

Стереотаксическая радиотерапия и радиохирургия таких внеозговых образований, как доброкачественные менингиомы и невриномы, показал исключительную эффективность лечения (до 93-95% контроля опухолевого роста), сравнимого с их хирургическим удалением, при гораздо меньшем количестве осложнений, в т.ч. заметно снижается риск функциональных нарушений черепно-мозговых нервов при лечении опухолей основания черепа.

Стереотаксическое облучение является эффективным и относительно безопасным методом лечения различных видов объемных образований головного мозга, позволяющим сохранить на высоком уровне качество жизни больных, уменьшить вероятность развития различных неврологических нарушений после лечения и избежать риска операционных осложнений. Возможность проведения амбулаторного лечения, без анестезиологического, реанимационного и реабилитационного сопровождения, обуславливает потенциальную экономическую эффективность данного метода лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ НА АУТОСРЕДАХ.

Подшивалов Б.В., Журавлёв О.А., Тимощук В.А., Позняков А.В., Пирих А.И., Рябиков А.А.

Онкологический диспансер,
г. Мелитополь, Украина.

Для повышения противоопухолевой активности академиком РАМН Ю. С. Сидоренко предложены и разработаны оригинальные методики введения химиопрепаратов на аутологичных средах организма (аутогемотерапия, аутоплазматерапия). Данные методы отличает высокая эффективность и низкая токсичность для организма больных, усиление естественных механизмов иммунной защиты организма. Химиотерапия на биологических средах в Мелитопольском онкодиспансере проводится с 2003 г. На момент исследования за 5 лет курса лечения прошли 200 пациентов. Проведено АГХТ - 16 (8%), АПХТ - 184 (92%).

Полный ответ при применении экстракорпоральной химиотерапии (АГХТ и АПХТ) достигнут в 44,5% больных, а частичный - наблюдался у 22,5% больных, что в сумме составляет 67,0% от общего количества пролеченных больных. Стабилизация процесса манифестировалась у 28,0% больных, и у 5,0% больных на фоне лечения отмечалось прогрессирование процесса.

Приведенные результаты убедительно демонстрируют достаточно высокую эффективность применения АГХТ и АПХТ, тем более, что прослеженный контингент составляли больные с распространённостью процесса T₃₋₄N₁₋₂ и даже М.

Методы химиотерапии на аутосредах организма технически несложны, что позволяет широко использовать их в онкологических стационарах. Экстракорпоральная химиотерапия (АГХТ и АПХТ) не увеличивает при её применении частоты гематологических и негематологических осложнений. Позволяет получить у 67,0% больных достоверный положительный результат лечения при наличии распространённых форм злокачественных заболеваний.

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВНУТРИТКАНЕВОЙ НЕЙТРОННОЙ ТЕРАПИИ**

*Семина Д.Ю., Мардынский Ю.С., Медведев В.С., Исаев П.А.,
Гулидов И.А., Раджапова М.У., Дербугов Д.Н., Польшкин В.В.*

Медицинский радиологический научный центр РАМН,
Обнинск, Россия

Введение. Наиболее доступным и одним из самых распространенных методов лечения рака органов головы и шеи в настоящее время является лучевой.

Целью работы. Улучшение результатов комплексной терапии больных плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта и ротоглотки.

Материалы и методы. С 2003 по 2009 год 237 больным раком слизистой оболочки полости рта и ротоглотки в возрасте от 17 до

81 года проведено химиолучевое лечение. У 213 (89,9%) больных опухоли были первичными и у 24 (10,1%) рецидивными. В соответствии с проведенными методами лечения все больные были разделены на три клинические группы: 1) 26 больным проведена контактная нейтронная терапия источниками калифорния-252 в комбинации с химиопрепаратами (цисплатин и 5фторурацил), 2) 34 больным проводилась сочетанная дистанционная и внутритканевая нейтронная терапия проводилась с использованием штырьковых препаратов из калифорния-252 в комбинации с химиотерапией, 3) 177 больным проводилась дистанционная гамма-терапия в сочетании с химиотерапией.

Результаты. Полная регрессия опухоли достигнута у 190 (80,2%), частичная у 44 (18,6%) и стабилизация у трех (1,3%) больных. Пятилетняя общая выживаемость составила $64,5 \pm 3,3(6,4)\%$.

Выводы. Данный метод лечения демонстрирует достаточно высокую эффективность не вызывая при этом функциональных и косметических нарушений.

НЕЙРООНКОЛОГИЯ, НАВИГАЦИЯ И ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ОПЕРАТИВНОЙ ОНКОЛОГИИ

Воргова Д.Н., Важенин А.В., Воронин М.И.

ГЛПУ «ЧОКОД», Уральская клиническая база
ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Росздрава,
ГБОУ ВПО «ЧелГМА» Росздрава,
Челябинск, Россия

Интраоперационные методы диагностики, в том числе и ультразвуковое исследование, в том числе и интраоперационное ультразвуковое исследование, получили свое развитие еще во второй половине прошлого века. (Старков Ю.Г., Шишин К.В., 2006). Высокая частота сложных клинических ситуаций в онкологии обуславливают перенос решения различных диагностических задач во время проведения операции. Интраоперационное ультразвуковое исследование позволяет окончательно установить диагноз, определить характер и объем операции. Высокая информативность и специфичность интраоперационного ультразвукового исследования позволяет признать методом окончательной диагностики, особенно в случаях расхождения данных предоперационных методов обследования (Старков Ю.Г., Шишин К.В., 2006).

В ГЛПУ «ЧОКОД» за последнее время проведено 25 интервенционных вмешательств. Во время проведенных интраоперационных ультразвуковых исследований при помощи специализированного ультразвукового сканера Pro Focus уточнено количество, размеры и локализация очаговых образований печени, взаимоотношение с сосудистыми структурами и желчными протоками, определены края резекции печени. Так же проведена дифференциальная диагностики доброкачественных и злокачественных образований почки, определена возможность резекции почки.

Таким образом, во время интраоперационного ультразвукового исследования проводится топическая и дифференциальная диагностика, определяются анатомические взаимоотношения в зоне интереса, устанавливается локализация опухолевого очага, определяется его границы и распространенность.

БЕВАЦИЗУМАБ И ИРИНОТЕКАН В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВОВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИОМ У ДЕТЕЙ

*Желудкова О.Г., Бородина И.Д., Горбатов С.В., Павлова Е.В.,
Озерова В.И., Сальникова Е.А., Боярчук Н.Г., Демушкина А.А.,
Рассказчикова И.В., Щербенко О.И., Максимова Н.В.*

Федеральный Научно-клинический Центр детской гематологии,
онкологии и иммунологии
Морозовская детская клиническая больница, Российская детская
клиническая больница, Российский Научный Центр Рентгенорадиологии,
Москва, Россия

Материалы и методы. С февраля 2008 года по октябрь 2009 года в исследование включено 22 пациента (11 мальчиков и 11 девочек) в возрасте от 5 до 17 лет (медиана возраста 12,5 лет) с продолженным ростом злокачественной глиомы после комплексного лечения (операция,

лучевая терапия с параллельной химиотерапией и последующей поддерживающей химиотерапией Темозоломидом), подтвержденным КТ/МРТ/ПЭТ. Медиана наблюдения до прогрессирования болезни (ПБ) составила 6 мес (2-17 мес). У 19 пациентов (86,3%) гистологически верифицирована мультиформная глиобластома (из них 3 имели вторичную опухоль после ОЛЛ), у 3 (13,7%) – анапластическая астроцитомы. Все пациенты получали комбинированную терапию по схеме: 6 недельные циклы – Бевацизумаб 5 мг/кг в 1, 15 и 29 дни + Иринотекан 125 мг/м²/сутки (при приеме противосудорожных препаратов – 250 - 340 мг/м²/сутки) 1, 8, 22, 29 дни. Медиана наблюдения составила 6 месяцев (1-18 мес). Медиана циклов на 1 больного – 3 (1-10).

Результаты. Непосредственный ответ (ПО+ЧО+СБ) отмечен у 17 больных (77,2%): полный ответ (ПО) – 4, частичный ответ (ЧО) – 7, стабилизация болезни (СБ) – 6. ПБ отмечено у 5 детей (22,7%). У пациентов со злокачественной глиомой 6 мес выживаемость без прогрессирования болезни (PFS) составила 46%, 12 мес PFS – 19%, 18 мес PFS – 10%; 6 мес общая выживаемость (OS) составила 60%, 12 мес OS – 24%, 18 мес OS – 24%. Живы – 9 детей (40,9%), умерли – 13 (59,1%); 1 ребенок умер в ремиссии после отмены терапии от лейкоэнцефалопатии, остальные от ПБ.

18-месячная PFS у пациентов с глиобластомой составила 11%, OS – 28%. Медиана выживаемости – 10 мес, медиана выживаемости без прогрессирования – 5 мес. У всех 4 больных с анапластической астроцитомой отмечено прогрессирование болезни, медиана выживаемости – 10 мес, медиана выживаемости без прогрессирования – 7 мес.

Выводы. Применение комбинации Бевацизумаба и Иринотекана эффективно в лечении рецидивов глиобластом у детей. Выживаемость без прогрессирования у больных с мультиформной глиобластомой достоверно выше, чем у пациентов с анапластической астроцитомой.

ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Кизюкян А.Л.

Национальный Центр Онкологии им. В.А. Фарнаджяна МЗ РА
г. Ереван, Армения

Метастатический рак головного мозга (ГМ) является трудной и нерешенной проблемой нейроонкологии, актуальность которой возрастает вместе с ростом частоты неоплазий во всем мире. Появление метастатических опухолей ГМ не только резко меняет течение онкологического процесса, но и тактику организации дальнейшего лечения больного.

Ранняя диагностика метастазов ГМ, определение показаний к операции, также как и вопросы техники хирургического вмешательства, достижение радикализма, ведения послеоперационного периода остаются актуальными в нейроонкологии.

В отделении нейроонкологии НЦО разработаны определенные требования и показания к отбору больных для хирургического лечения

из числа больных с единичными или двумя метастатическими очагами в ГМ:

1. состояние больного по шкале Карновского не менее 40%;
2. возможность какого-либо лечебного воздействия на первичный очаг после операции по поводу метастаза в ГМ;
3. относительная анатомическая доступность метастатического очага ГМ, которая позволяла бы во время операции обеспечить радикализм в пределах физиологической дозозащиты и технической возможности;
4. возраст больного (30-65 лет);
5. распространенность заболевания;
6. минимальная травматизация тканей.

При условии следования вышеперечисленным требованиям и показаниям, по нашему мнению, можно более широко применять хирургический метод лечения метастатического рака ГМ, при этом достигая увеличения продолжительности жизни онкологических больных с метастазами в ГМ, обеспечивая возможность адекватного лечения первичного очага. Следует также иметь в виду, что в случаях метастатического поражения ГМ из невыявленного первичного очага оперативное удаление метастатической опухоли с последующим гистологическим исследованием позволяет предположить локализацию первичной опухоли и выбрать правильную тактику лечения, а также добиться заметного улучшения качества жизни онкологических больных с метастазами в ГМ.

РАДИАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ ВНУТРЕННИХ ОПУХОЛЕЙ С МИКРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРЕЦИЗИОННОСТЬЮ НА ОСНОВЕ НАНОКРИСТАЛЛОВ

Классен Н.В., Кедров В.В., Курлов В.Н., Кривко О.А., Шмурак С.З., Шмытько И.М. (1) Алергант М.С., Аксенов Д.С., Чуркин А.В. (2)

- (1) Институт физики твердого тела РАН
г.Черноголовка, Россия,
(2) ООО «ВедаПроект»
Москва

Успех излечения опухолей в значительной степени зависит от своевременности их обнаружения.

Поэтому улучшение пространственного разрешения и контрастности рентгеновских изображений внутренних органов – остро актуальная задача. С другой стороны, и при рентгеновской диагностике, и при радиационной терапии новообразований важное значение имеет минимизация доз облучения пациентов.

Применение нанокристаллических сцинтилляторов и ряда микроструктурированных устройств позволяет улучшить разрешение рентгеновских изображений до нескольких микрон, повышая, соответственно, контрастность изображений микрообъектов.

Это дает возможность выявления внутренних новообразований в начальной стадии при субмиллиметровых размерах.

В новом типе рентгеновских детекторов чувствительные элементы образованы наносцинтилляторами, заполняющими микрокапилляры многоячейковой матрицы, поперечное сечение которой в зависимости от задачи может изменяться от 3 x 3 см до 40 x 40 см.

Световые сигналы считываются оптоэлектронной системой, где изображения сцинтилляционных ячеек проецируются на фотоприемную многопиксельную ПЗС – матрицу.

Пространственное разрешение системы определяется размерами сцинтилляционных ячеек и пикселей фотоприемника.

На данный момент получено разрешение на уровне 10 микрон. Существенное повышение контрастности микроизображения достигается минимизацией перекрытий соседних зон разной яркости (за счет улучшения пространственного разрешения) и последующей компьютерной обработкой сигналов с фотоприемников.

Дальнейшее повышение контрастности опухолей обеспечивает-

ся введением внутрь организма специально подготовленных наночастиц, селективно захватываемых новообразованиями.

Дополнительное усиление контраста изображений микроскопических частиц достигается согласованием материала анода рентгеновской трубки с одним из элементов, составляющих вводимые наночастицы и наносцинтилляторы (например, главным компонентом излучателя, поглотителя и сцинтиллятора может быть вольфрам).

За счет резонансного совпадения рентгеновских характеристических энергий всех трех ступеней диагностического тракта полезный сигнал может быть усилен по сравнению с фоном в сотни раз.

Применение в аппаратуре радиационной терапии уникальных сапфировых игл с осевыми микрокапиллярами, изготавливаемые в ИФТТ методом профилированного роста, позволяют радикально улучшить адресность лучевого воздействия, когда радиация интенсивно обрабатывает пораженные ткани и практически не задевает ткани здоровые.

Это достигается тем, что внутренние стенки выращенных профилированным ростом капилляров за счет наноскопической гладкости обладают высокими коэффициентами отражения рентгеновского и нейтронного излучений.

Благодаря этому по осевому капилляру тонкой иглы, введенной снаружи, излучение может быть доставлено к ее острию, размещенному непосредственно в опухоли.

У острия иглы размещаются наночастицы, преобразующие входящие туда нейтроны или рентгеновские фотоны в альфа-частицы и электроны, обладающие сильно ограниченным радиусом эффективного воздействия.

Это обеспечивает высокую точность радиационной обработки, которая может контролироваться снаружи рентгеновской микроскопией.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ ПЕРВИЧНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

Корытова Л.И., Жабина Р.М., Маслюкова Е.А., Мешечкин А.В.

ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» Санкт-Петербург, Россия

Введение. Лечение больных с рецидивами злокачественных глиом головного мозга (ЗОГМ) является одной из самых сложных проблем современной медицины. Используемые в настоящий момент методы лечения чаще увеличивают продолжительность жизни до возникновения рецидива.

Цель работы. Оценить эффективность лечения больных с рецидивами ЗОГМ.

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов комбинированного лечения 23 пациентов с рецидивами ЗОГМ, которые лечились в ФГУ «РНЦРХТ». Средний возраст составлял - 45 лет. Гистологический тип у 10 пациентов был определен как – глиобластомами Gr 4 (G4), а у 13 пациентов – анапластическими астроцитомами Gr 3 (AA3). При рецидивах ЗОГМ все пациенты в нашем Центре получали ЛТ, у 95,6% была проведена ЛТ на фоне ХТ, а лишь у 52% больных было проведено комбинированное лечение, включающее повторную операцию, ЛТ и ХТ. При повторной ЛТ суммарные очаговые дозы варьировали от 18 до 52 Гр. ЛТ проводилась на фоне ХТ, при этом темодал использовался у 12 пациентов, ломустин с винкристином – у 6 пациентов, мюстофоран – у 4 пациентов.

Результаты. Годичная выживаемость при AA3 составила 92,3%, а при G4 – 100%, 3 летняя при AA3 – 69,2%, при G4 – 60%, 5 летняя при AA3 – 53,8%, при G4 – 20%, 10 летняя при AA3 – 23,07%, при G4 – 10%.

Выводы. В работе показано, что применение комбинированного химиолучевого лечения при рецидивах ЗОГМ может быть эффективно. Токсичность всех режимов комбинированного лечения была удовлетворительной.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С ФЛЮОРЕСЦЕНТНОЙ НАВИГАЦИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

Решетов И.В.¹, Зайцев А.М.¹, Филоненко Е.В.¹, Куржупов М.И.²

¹ МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва, Российская Федерация

² НИИ Нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко, Москва, Российская Федерация

Введение. В настоящее время медиана продолжительности жизни у пациентов с метастатическим поражением головного мозга без лечения составляет 1 мес., при добавлении кортикостероидов - 2 мес., после облучения всего головного мозга (ОВГМ) - 4-6 мес., и 12-14 мес., если используются хирургия или радиохимирургия в сочетании с ОВГМ. К недостаткам хирургического метода относятся невозможность радикального удаления опухоли в связи с локализацией в функционально значимых зонах головного мозга, высокая частота послеоперационных рецидивов.

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения метастазов в головной мозг с использованием интраоперационной флуоресцентной навигации (иоФД) и интраоперационной фотодинамической терапии (иоФДТ) с препаратом «Аласенс».

Материалы и методы. Для проведения иоФД и иоФДТ был использован отечественный препарат Аласенс. Во время операции под контролем иоФД производится максимально-радикальное удаление опухоли, после чего проводится иоФДТ полости удаленной опухоли.

Результаты. В настоящее время в МНИОИ им. П.А. Герцена проведен анализ лечения 20 пациента с использованием иоФД и иоФДТ (медиана наблюдения составляет 14 месяцев), и 30 пациентов без использования этой методики (контрольная группа): в группе с иоФД и иоФДТ - продолженный рост метастаза в 5%; в группе без иоФД и иоФДТ - продолженный рост метастаза в 26,67%.

Выводы: хирургическое лечение метастатических опухолей головного мозга с иоФД и иоФДТ является эффективной и перспективной методикой.

ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Решетов И.В., Филоненко Е.В., Голубцов А.К., Севрюков Ф.Е., Маканин М.А., Яникова А.Г.

ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий, г. Москва, Россия

Цель: изучить возможность применения флуоресцентной диагностики паращитовидных желез при хирургическом лечении злокачественных новообразований щитовидной железы.

Материалы и методы: в группу исследуемых, которым проводится интраоперационная флуоресцентная диагностика паращитовидных желез, входят пациенты с высокодифференцированным раком щитовидной железы, с распространенностью опухолевого процесса T1-2N0-1M0. Для определения паращитовидных желез пациенты до хирургического вмешательства получали через рот водный раствор препарата «Аласенс». Операция проводилась из стандартного доступа. После выделения щитовидной железы, через 3-4 часа после приема препарата «Аласенс» проводилась интраоперационная флуоресцентная диагностика паращитовидных желез в операционном поле. Использовался диодный источник излучения. Для визуализации флуоресценции паращитовидных желез использовались очки со светофильтрами. Фиксация флуоресценции производилась с помощью флуоресцентной камеры.

Результаты: у всех пациентов были выявлены паращитовидные железы. Регистрировалось розовое свечение в лучах поляризованного зеленого света. Свечения других окружающих тканей не отмечено. Гистологически было подтверждено наличие ткани паращитовидной железы во флуоресцирующих фрагментах.

Выводы: интраоперационная флуоресцентная диагностика позволяет выявить паращитовидные железы во время хирургических вмешательств на щитовидной железе.

ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОБЩАЯ ОНКОЛОГИЯ

ПЕРВИЧНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛОСКУТА ШИРОЧАЙШЕЙ МЫШЦЫ СПИНЫ В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аксёненко А.В., Осипов В.В., Полюшкин Д.В., Тер-Арутюнянц С.А.

ФГУ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

С 2009 года в клинике ФГУ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна выполнено 79 одномоментных реконструктивно-пластических операций с использованием ШМС. Возраст женщин варьировал от 43 до 65 лет ($m=49,6$). Рак левой молочной железы диагностирован в 63,2% случаев, рак правой молочной железы – в 36,8% наблюдений. Наиболее часто опухоль локализовалась в верхних квадрантах: в 42,1% случаев – в верхне-наружном квадранте, в 21,1% – в верхне-внутреннем квадранте, локализация опухоли в нижне-наружном квадранте отмечена в 10,5% наблюдениях и центральных отделах молочной железы – в 21,1% случаев. В большинстве случаев размеры опухоли соответствовали критерию T_2 – 57,9%, у 26,3% пациенток размеры опухоли были более 5 см и только в 15,8% наблюдениях определялась опухоль размерами менее 2 см. В 26,3% случаев отмечена заинтересованность аксиллярных лимфатических узлов в опухолевом процессе. Морфологическая верификация диагноза рака молочной железы была выполнена у всех пациенток.

Основной задачей реконструкции груди является устранение косметического дефекта и улучшение условий для социальной реабилитации. Отличные и хорошие косметические результаты получены в 68,4% наблюдениях. При оценке психологического состояния 73,7% пациенток отмечают важность реконструктивной операции в восстановлении от физической и психической травмы.

Таким образом, одномоментные реконструктивно-пластические операции не препятствуют проведению комбинированной или комплексной терапии, а также улучшают качество жизни, что способствует психологической и социальной реабилитации женщин.

ПЕРВИЧНАЯ ПЛАСТИКА ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ КОНЕЧНОСТЕЙ ВАСКУЛЯРИЗОВАННЫМИ ЛОСКУТАМИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Аксёненко А.В., Абалмасов К.Г., Абалмасов П.К., Осипов В.В.,
Полюшкин Д.В., Трофименко Ю.Г., Тер-Арутюнянц С.А.,
Чудаков К.И.*

Метод микрохирургической аутоперитрансплантации васкуляризованных тканей занял прочные позиции в плановой реконструктивной хирургии конечностей на протяжении последних двух десятилетий. Нами оперированы 42 пациента онкологического профиля с дефектами мягких тканей конечностей, образовавшихся в результате иссечения злокачественных новообразований мягких тканей конечностей. По нозологическим формам распределение больных было следующим: хондросаркома – 15 больных, синовиальная саркома – 9 больных, злокачественная фиброзная гистиоцитома – 9 больных, меланома – 6 больных, рак

кожи – 5 больных. При анализе результатов операций приживление лоскутов составило 94%. Для закрытия дефектов использовались лучевой лоскут, лоскут на основе прямой мышцы живота, лоскут широчайшей мышцы спины, большой сальник, лопаточный лоскут. Нами было изучено качество жизни у 43 пациентов после аутоперитрансплантации васкуляризованных лоскутов в сроки от 5 месяцев до 6 лет. Больные заполнили анкеты, результатами операции удовлетворены. При контрольном осмотре в клинике в те же сроки у 36 больных отметили удовлетворительные косметические и функциональные результаты, больные пользуются конечностями.

Первичная пластика дефектов конечностей является эффективным средством в лечении больных онкологического профиля, позволяет значительно уменьшить сроки реабилитации этой категории больных, заметно повысить качество жизни в послеоперационном периоде.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ТУЛОВИЩА И КОНЕЧНОСТЕЙ

Ахметов И.Р., Важенин А.В., Привалов А.В.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск, Россия

Введение. Одним из основных прогностических факторов при меланоме кожи является наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах, что вдвое снижает выживаемость (С. Balch et al., 2001). Вместе с тем, до настоящего времени не решены вопросы, касающиеся необходимости выполнения превентивных лимфаденэктомий при лечении меланомы кожи. Не изучены вопросы влияния на результаты лечения сроков проведения профилактических лимфаденэктомий при меланоме кожи.

Цель работы. С целью оптимизации тактики лечения меланомы кожи нами было проведено исследование на базе ЮУНЦ РАН и Челябинского областного онкологического диспансера.

Материалы и методы. На клиническом материале (227 больных меланомой кожи туловища или конечностей со стадиями $T_2-T_4N_0M_0$) доказана зависимость результатов лечения (общей и безрецидивной выживаемости) от сроков проведения профилактической лимфаденэктомии после иссечения первичной меланомы кожи.

Результаты и обсуждение. Установлено, что оптимальным является проведение профилактической лимфаденэктомии в срок от четырех до восьми недель после удаления первичной опухоли – такой способ лечения позволяет достоверно улучшить общую и безрецидивную выживаемость по сравнению со способом лечения без использования профилактической лимфаденэктомии. Проведение профилактической лимфаденэктомии ранее четырех недель после иссечения первичной меланомы кожи не оказывает статистически значимого влияния на результаты лечения и поэтому не рекомендуется.

Выводы. Проведение отсроченной профилактической лимфаденэктомии достоверно улучшает общую и безрецидивную выживаемость больных меланомой кожи $T_2-T_4N_0M_0$.

**ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА
МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ
В ОНКОМАМОЛОГИИ***Барсамян Г.С., Пак Д.Д., Филоненко Е.В., Ефремов Г.Д.*Московский научно-исследовательский онкологический институт
им. П.А. Герцена

Цель работы. Определение диагностической ценности интраоперационной флюоресцентной диагностики (иоФД) метастатического поражения лимфатических узлов (ЛУ) у больных раком молочной железы.

Материалы и методы. ИоФД метастазов рака молочной железы в регионарные ЛУ проведена 59 больным, проанализированы результаты у 11 пациенток. Для иоФД использовали препарат Аласенс (ФГУ «ГНЦ НИОПИК» Россия), синтезированный на основе 5-аминолевулиновой кислоты, являющейся предшественником эндогенного флуорохрома протопорфирина IX (ПPIX) в опухолевых клетках. Аласенс давали больным внутрь в виде раствора в дозе 30 мг/кг массы тела за 2,5-3,5 часа до проведения иоФД. У каждой пациентки было исследовано от 5 до 11 лимфатических узлов, в среднем $8 \pm 1,7$. Всего был исследован 91 лимфатический узел. По результатам проведения каждого спектрального исследования в автоматическом режиме составляли протокол, в котором каждой точке ткани, где проводились измерения, соответствовала величина диагностического параметра (Дп).

Результаты. Метастатическое поражение было выявлено в 10 ЛУ, яркая флюоресценция была отмечена в 8, среднее значение Дп равнялось $3,89 \pm 1,8$, в 2 нефлюоресцирующих ЛУ Дп был равен 0,1 и 0,3. Гистиоцитоз был 11 ЛУ, среднее значение Дп равнялось $2,69 \pm 0,73$. В липоматозных лимфатических узлах Дп имел низкие значения, среднее значение $0,31 \pm 0,18$. В 51 неизменном лимфатическом узле среднее значение Дп $0,93 \pm 0,66$. При дискриминационном уровне равном 2 чувствительность метода составила 70%, специфичность 84%.

Выводы. Результаты применения иоФД для оценки метастатического поражения ЛУ свидетельствуют об эффективности данной методики и перспективности ее применения во время операции, как простого инструмента для диагностики метастазов рака молочной железы в региональные ЛУ.

**РАДИКАЛЬНАЯ СЕКТОРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ
ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ***Бахлаев И.Е., Харитонов М.Л., Чекалюк В.Д.,
Игнатьев К.С., Ковчур П.И.*ГУЗ «Республиканский онкологический диспансер»,
г. Петрозаводск, Россия

Введение. Возможность сохранять орган в процессе лечения рака молочной железы (РМЖ) при начальных стадиях заболевания является важным достижением клинической онкологии.

Цель работы – изучить эффективность органосохраняющих операций при РМЖ.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 240 женщин, которым выполнена радикальная секторальная резекция молочной железы по поводу рака с 1996 по 2009 годы. Основная группа пациенток (68,8%) находилась в возрасте до 60 лет.

Результаты и обсуждение. Органосохраняющие операции выполнялись при морфологическом (цитологическое исследование) верифицированном диагнозе у 196 больных. При подозрении на РМЖ 44 пациенткам операцию начинали через секторальную резекцию молочной железы со срочным гистологическим исследованием, при подтверждении диагноза рака объем операции расширяли до радикальной секторальной резекции. Радикальная секторальная резекция молочной железы с пластикой дефекта торакодорзальным лоскутом была произведена в 5 случаях. После выполнения органосохраняющих операций проводили облучение молочной железы в дозе 40 Гр и надключичной области 40-45 Гр. Подавляющее число пациенток – 228 (95%) были пролечены с I и II стадиями опухолевого процесса. Местные рецидивы опухоли диагностированы в 4 наблюдениях и прогрессирование заболевания в виде отдаленных метастазов выявлены в разные сроки наблюдения у 17 женщин. Трехлетняя выживаемость составила 96,3%, пятилетняя – 89,2%.

Заключение. Радикальная секторальная резекция являются высокоэффективным методом в лечении ранних форм РМЖ. Показатели трехлетней и пятилетней выживаемости после органосохраняющих операций на молочной железе сопоставимы с соответствующими результатами операции – радикальной мастэктомии.

**КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ДАННЫХ МАММОСЦИНТИГРАФИИ
И ФАКТОРОВ РИСКА ОПЕРАБЕЛЬНОГО РАКА
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ***Вартанян К.Ф.¹, Редькин А.Н.², Попов С.С.²,
Банов С.М.¹, Уколова Е.А.¹.*¹ Кафедра радиологии ГОУ ДПО РМАПО

г. Москва.

² Кафедра онкологии с лучевой терапией ВГМА им. Н.Н.Бурденко.

г. Воронеж.

Все большую значимость приобретает своевременная и адекватная диагностика агрессивности и распространенности рака молочной железы (РМЖ) методиками, основанными на определении функциональных (метаболических) показателей процессов, протекающих в опухоли.

Цель работы: изучить корреляционные взаимоотношения между основными гистологическими характеристиками РМЖ и показателями накопления/выведения ^{99m}Tc-МИБИ первичной опухоли у больных с операбельным РМЖ.

Материалы и методы: В исследование включено 69 пациенток с различными стадиями РМЖ. Все пациентки, на дооперационном этапе, подверглись стандартному обследованию и динамической маммосцинтиграфии с ^{99m}Tc-МИБИ.

Результаты и обсуждение: Отмечено наличие корреляции средней степени выраженности между ER, PgR и показателями маммосцинтиграфии через 30 мин ($r=0,37$ и $r=0,36$ соответственно) и через 180 мин. ($r=0,48$ и $r=0,37$ соответственно). Корреляционная связь между показателем накопления ^{99m}Tc-МИБИ и показателем HER 2 neu 3+: $r=0,49$.

Выводы: Результаты свидетельствуют о наличии корреляционных связей между показателями маммосцинтиграфии с ^{99m}Tc-МИБИ и основными гистохимическими характеристиками РМЖ. Учитывая полученные данные можно сделать вывод о том, что корреляционный анализ данных маммосцинтиграфии со стандартными результатами послеоперационного гистологического исследования может быть использован в оценке агрессивности первичной опухоли РМЖ и нуждается в дальнейшем изучении.

**БИОПСИЯ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ
И ВЫБОР ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ
У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ***Ермаков А.В., Пак Д.Д.*

МНИОИ им. П.А. Герцена, Россия. Москва.

Актуальность: операции у больных раком молочной железы подразумевает удаление пораженного органа с регионарными лимфатическими узлами. Состояние лимфатических узлов несет в себе важную морфологическую информацию о распространенности и прогнозе заболевания. Морфологическое исследование единственный точный метод определения метастазов в лимфатические узлы. Лимфодиссекция может сопровождаться хирургическими осложнениями такими, как инфицирование раны, длительная лимфоррея, отек и ограничение подвижности верхней конечности на стороне поражения, и как итог этого, неудовлетворительный косметический результат. Зачастую при гистологическом исследовании лимфатических узлов метастазы рака не обнаруживаются, что является благоприятным фактором в прогнозе, и всякий раз побуждает онкологов обоснованно подходить к выбору объема лимфодиссекции.

Цель: разработка критериев для экономного хирургического вмешательства с использованием методики идентификации сторожевых лимфатических узлов у больных с начальными стадиями рака молочной железы.

Материал и методы: в исследование включено 74 больных раком молочной железы, прошедших хирургическое лечение с определением сторожевых лимфатических узлов согласно ранее выработанному алгоритму.

Результаты: 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%. Сторожевые лимфатические узлы, накопившие радиофармпрепарат в подмышечной области выявлены у 98,64% больных. У 29,72% больных в сторожевых лимфатических узлах обнаружены метастазы рака. Ложноотрицательный результат составил 2,7%- у 2 больных в сторожевых лимфатических узлах метастазов не было выявлено, хотя они определены в других лимфатических узлах подмышечной области. Больным было удалено всего 873 лимфатических узлов (в среднем 11,8) и произведено срочное гистологическое исследование сторожевых лимфатических узлов. Всего было идентифицировано и исследовано 105 сторожевых лимфатических узлов, что составило 12,0%. Метастазы при плановом гистологическом исследовании были выявлены у 29 больных в 88 лимфатических узлах из 627 удаленных лимфатических узлов. При срочном гистологическом исследовании метастазы были выявлены в 40 лимфатических узлах у 23 больных. Срочное гистологическое исследование достоверно менее информативно по сравнению с плановым и позволяет определить метастазы у 79,31% больных.

Была прослежена частота выявляемости сторожевых лимфатических узлов и метастазов от их локализации в различных уровнях лимфооттока подмышечной области. Чаще всего сторожевые лимфатические узлы I уровня (56,75% больных) и метастазы в них у 14 (18,9%). У 16,21% больных сторожевые лимфатические узлы выявлены во II уровне лимфооттока, из них у 5 (6,75%) обнаружены метастазы. Сторожевые лимфатические узлы III уровня обнаружены у 24,32% больных, из них с метастазами у 3 (4%). У 28 (80%) больных с размерами опухоли T1 выявлены сторожевые лимфатические узлы только I уровня и у 5 из них (14%) метастазы. У 2 (5,7%) больных выявлены изолированные сторожевые лимфатические узлы II уровня, однако в них метастазов не обнаружено. Сторожевые лимфатические узлы III уровня выявлены у 14% больных, из них с метастазами у 1 (2,8%). У 37 больных размеры первичной опухоли оказались T2. У 14 больных (38%) выявлены сторожевые лимфатические узлы I уровня, из них у 9 (24%) были обнаружены метастазы рака. У 10 больных (27%) сторожевые лимфатические узлы располагались во II уровне, из них у 5 (13,5%) имелись метастазы рака. Сторожевые узлы 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 T1 (до 2,0см) при отсутствии метастазов в сторожевых лимфатических узлах допустимо ограничиться удалением клетчатки с лимфатическими узлами I уровня метастазирования (лимфодиссекция D1). Ограничение объема операции только удалением сторожевых лимфатических узлов при размере опухоли T1, учитывая относительно невысокую информативность срочного морфологического исследования и ложноотрицательные результаты (2,7%), следует считать не совсем допустимым. При опухолях размерами T2 (до 2,5 см), при отсутствии метастазов в сторожевые лимфатические узлы, целесообразно удаление клетчатки и лимфатических узлов I и II уровней (лимфодиссекция D1 или D2). Состояние сторожевых лимфатических узлов подмышечной области при раке молочной железы отражает состояние подмышечного лимфатического коллектора с точностью 94,4%. При этом специфичность метода составляет 97,2%, чувствительность метода – 88,8%.

Выводы: применение метода выявления сторожевых лимфатических узлов при начальных стадиях рака молочной железы является эффективным для интраоперационного выявления лимфогенных метастазов, что может определять объем лимфодиссекции у больных начальными стадиями рака молочной железы.

Ключевые слова: молочная железа, сторожевой узел, операции на лимфатической системе.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ И ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ (ПО ДАННЫМ ПОПУЛЯЦИОННОГО РАКОВОГО РЕГИСТРА)

Исаенко М.С., Исаенко И.С.

ГУЗ «Клинический онкологический диспансер №1» департамента здравоохранения Краснодарского края
Краснодар, Россия

Введение. Одной из самых заметных особенностей поражаемости злокачественными новообразованиями населения развитых стран в XX веке стало значительное увеличение опухолей репродуктивной системы женщин. Рост заболеваемости раком молочной железы отмечен в большинстве развитых стран. Аналогичная тенденция прослеживается и в России.

В структуре онкологической заболеваемости в Краснодарском крае в 2009 г. рак молочной железы (РМЖ) составляет 10,3%, а среди злокачественных опухолей у женщин занимает второе место (19,0%), уступая по частоте только раку кожи (19,1%). Ежегодно в крае РМЖ заболевает 1600-1700 женщин.

Цель. Целью нашего исследования явилось углубленное изучение распространенности РМЖ среди женского населения Краснодарского края и наблюдаемой выживаемости больных за 8 лет.

Материалы и методы. Проанализированы данные Популяционного ракового регистра Краснодарского края (ПРР) за 2001-2008 гг.

Результаты. Неуклонный рост онкологической заболеваемости женской молочной железы в Краснодарском крае делает весьма актуальным изучение тенденций и динамики распространенности злокачественных новообразований этой онкопатологии. В Краснодарском крае в динамике за 2001-2008 гг. как интенсивные, так и стандартизованные показатели заболеваемости РМЖ имеют тенденцию к росту. За 8 лет более чем на 7% увеличился уровень заболеваемости раком молочной железы среди женщин Краснодарского края. Прирост стандартизованных показателей (мировой стандарт) у женщин составил 3,0% (с 39,9 на 100 тыс. женского населения в 2001г. до 41,1 в 2008г.). Заболеваемость РМЖ имеет две возрастные волны – 55-59 и 65-69 лет. В возрасте до 30 лет встречаются спорадические случаи. Пик заболеваемости приходится на возраст 65-69 лет.

В крае в 2008 г. доля пациентов с диагнозом злокачественной опухоли женской молочной железы, установленным в IV стадии заболевания, по сравнению с 2001 г. уменьшилась на 5%. Однако реальный показатель запущенности выше, так как молочная железа – опухоль визуально обозримая и необходимо учитывать больных с новообразованиями, диагностированными в III стадии. При таком определении показателя запущенности обращает на себя внимание значительное увеличение за последние 8 лет числа запущенных случаев (Ш-IV стадия) злокачественными новообразованиями молочной железы в крае (с 32,8 % в 2001 г. до 38,1% в 2008 г.).

Поздней диагностикой РМЖ у значительной части больных женщин объясняется относительно высокий уровень смертности. В Краснодарском крае смертность от РМЖ в течение последних 8 лет находится на стабильно высоком уровне – выше среднероссийского показателя на 14-15%. В 2008г. уровень смертности от РМЖ в крае (34,5 на 100 тыс. женщин) по отношению к 2001 г. (33,1 на 100 тыс. женщин) вырос на 4,2%. Ежегодно в Краснодарском крае умирает от РМЖ 900-950 больных.

Выживаемость больных во многом зависит от стадии заболевания, при которой начато лечение. Современные методы лечения больных РМЖ позволили достичь восьмилетней наблюдаемой выживаемости среди женщин Кубани при I стадии РМЖ 89,0%.. При IV стадии 8 лет переживает 20%. Восьмилетняя наблюдаемая выживаемость пациентов, взятых на учет в 2001г. с 1-й стадией, составляет 89,0%, при 2-й стадии до 73,9%. Несмотря на возросшие возможности современных диагностических методов, количество больных с распространенными формами заболевания, по-прежнему, достаточно высокое – каждый третий пациент обращается в специализированные учреждения в запущенной стадии заболевания, что наглядно отражают показатели выживаемости. У пациенток с 3-й стадией показатели наблюдаемой выживаемости до 42,6%. При 4-й стадии: 8 лет переживает 24,2% пациенток. Однако в последние годы отмечается снижение удельного веса числа больных РМЖ, выявленных в IV стадии заболевания, – с 11,4% в 2001г. до 8,5%

в 2008 г. Обращает на себя внимание и снижение однолетней летальности с 13,3% в 2001 г. до 8,3% в 2008 г., что говорит об улучшении оказания специализированной онкологической помощи больным РМЖ. Темп прироста однолетней выживаемости в течение 8-ми лет составил 5,8%.

Выводы. Таким образом, несмотря на возросшие возможности лечения пациентов со злокачественными новообразованиями, улучшение качества онкологической помощи, реальный путь к стабилизации эпидемиологической ситуации с онкологическими заболеваниями и снижению их социальных последствий лежит в совершенствовании системы ранней диагностики рака, в том числе в условии первичного звена здравоохранения и развитии профилактического направления в онкологии.

Ключевые слова: рак молочной железы, онкологическая помощь

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА КОЖИ ВЕК С ПЕРЕМЕЩЕНИЕМ ЛОСКУТА НА СОСУДИСТОЙ НОЖКЕ

Исламов З.С., Султанова Ш.Ш.

РОНЦ МЗ РУз.
Ташкент.

Целью нашей работы явилась разработка нового метода реконструктивно - пластических операций при раке кожи века.

Материалы и методы: Нами онкоофтальмологическом отделении Республиканского онкологического научного центра, у 15 больных с раком кожи век ст. Т2-Т3N0M0 проведена реконструктивно - пластическая операция с выкраиванием лоскута на сосудистой ножке. Возраст больных варьировал от 40 до 83 лет. Мужчин было 9 (60%), женщин 7 (40%). У 5 больных (33%) был плоскоклеточный рак, у 10 (67%) – базальноклеточный рак. У 2 больных (13%) опухоль была на коже верхнего века, у 10 больных (67%) — нижнего века, у 3 больных (20%) – кожа внутреннего угла глаза. Операции выполнялись под операционным микроскопом фирмы «Zeiss». Методика операции заключалась в следующем: после удаления опухоли кожи века, для закрытия дефекта нами выкраивался лоскут на сосудистой ножке, с верхнего или нижнего века, в зависимости от локализации опухоли. Лоскут кожи выкраивался с подкожно-жировой клетчаткой. Лоскут укладывался на дефект и пришивался к коже атравматичным шовным материалом 6-0 микрохирургическим методом.

Результаты: у большинства больных 14 (93%) пересаженный лоскут прижился первичным натяжением, пораженное веко сохранилось как орган, грубых рубцов не отмечалось, заворотов или выворотов не наблюдалось. Через 2-3 месяца пересаженный лоскут практически не выделялся от окружающей ткани. Срок наблюдения от 1 до 3 лет. Рецидивы не отмечались. У одного больного (7%) наблюдалось осложнение в виде прорезывания швов и провисание лоскута, а заживление было вторичным натяжением.

Выводы: внедрение в практику нового метода реконструктивно - пластической операции с пересадкой лоскута на сосудистой ножке позволяет сохранить веко как анатомический орган и избежать косметических дефектов лица, выворотов и заворотов век, а также улучшить качество жизни больных с этой патологией.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И МЕДИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Исмаилов А.Х., Ванесян А.С.

Кафедра «Онкология и хирургия», Казанская Государственная Медицинская Академия,
Казань, Татарстан

Введение: При центрально-медиальном расположении рака молочной железы (РМЖ) рекомендована процедура видеоторакоскопической парастеральной лимфодиссекции, которая была разработана в КОД МЗ РТ в 1995г.

Цель: Целью данного исследования являлось изучение отдаленных результатов хирургического лечения центрально-медиального РМЖ, при

сочетании радикальных операций с одномоментными реконструкциями и с видеоторакоскопической парастеральной лимфодиссекцией.

Материалы и методы: Нами проведен ретроспективный анализ отдаленных результатов хирургического лечения больных РМЖ, прооперированных в отделении маммологии КОД МЗ РТ с 1996 по 2009гг., которым была выполнена одномоментная реконструкция (459 пациентов). Выделены 2 группы пациентов: первую группу составили больные, которым была выполнена радикальная операция с одномоментной реконструкцией молочной железы (286 пациентов), а во вторую группу входили пациенты, которым была выполнена радикальная операция, одномоментная реконструкция и парастеральная лимфодиссекция (173). При сравнении показателей выживаемости выявлено, что в первой группе при I стадии показатель пятилетней выживаемости составил 97,6±2,0, при IIA стадии 88,5±2,1, при IIB – 83,9±2,1, а при IIIA и IIIB соответственно 79,50±2,2 и 66,6±2,3. Во второй группе показатели распределились следующим образом: I – 97,6±2,0, IIA – 88,5±2,1, IIB – 83,9±2,1, а при IIIA и IIIB соответственно 79,50±2,2 и 66,6±2,3. При сравнительном анализе выявлено, что статистически значимая разница существует только между показателями выживаемости, соответствующих IIIA стадии, что видимо, связано с небольшой выборкой (12 пациентов) и требует дальнейшего изучения.

Выводы: Одномоментное выполнение мастэктомии, парастеральной видеоторакоскопической лимфодиссекции и различных видов реконструктивных операций является технически выполнимым, не имеет отрицательного воздействия на отдаленные результаты хирургического лечения и позволяет, соблюдая принципы онкологического радикализма, обеспечить хороший эстетический результат.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ОДНОМОМЕНТНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Исмаилов А.Х., Хасанов Р.Ш., Гимранов А.М., Ванесян А.С.

Республиканский клинический онкологический диспансер,
Казань, Республика Татарстан

Введение: Признано, что восстановление молочной железы является главным средством психо-социальной адаптации женщины к перенесенной мастэктомии.

Цель: Целью данного исследования являлось изучение отдаленных результатов хирургического лечения рака молочной железы, при сочетании радикальных операций с одномоментными реконструктивно-пластическими операциями.

Материалы и методы: Нами ретроспективно проведен сравнительный анализ отдаленных результатов хирургического лечения 811 больных раком молочной железы, прооперированных в отделении маммологии КОД МЗ РТ с 1983 по 2009гг. Выделены две группы пациентов. В первую группу были включены больные, которым были выполнены одномоментные реконструктивно-пластические операции (406), из которых 160 больным была выполнена реконструкция лоскутом TRAM, 88 больным – реконструкция перманентным экспандер-имплантатом Беккера, и 158 больным была выполнена реконструкция лоскутом ТДЛ. Вторую группу составили пациенты, которым была выполнена только радикальная операция без реконструкции (405).

Результаты: В первой группе 5-летний срок преодолели 95,3±2,1 пациента I стадии. При IIA стадии показатель пятилетней выживаемости составил 86,4±2,1, при IIB – 84,7±2,1, при IIIA и IIIB соответственно 71,4±2,2 и 66,6±2,3. Во второй группе показатели распределились следующим образом: I – 96,9±2,6, IIA – 90,0±2,8, IIB – 87,9±2,7, при IIIA и IIIB соответственно 78,0±3,1 и 63,2±3,6.

Выводы: При сравнении этих данных, очевидно, что статистически значимой разницы не наблюдается между двумя группами, т.е., реконструктивно-пластические операции не влияют на течение болезни. Одномоментное выполнение мастэктомии и реконструктивно-пластических операций является технически выполнимым, и позволяет, не только соблюдать принципы онкологического радикализма, но и обеспечить хороший эстетический результат и улучшить качество жизни.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИЕМОМ МАСТОРЕДУКЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РМЖ)*Козлов С.В., Кочетков Р.И., Савельев В.Н., Кокшарова О.Г., Катюшин А.А., Борисов А.П.*

Самарский областной клинический онкологический диспансер.

Цель исследования: оценить возможности редукционной маммопластики у больных РМЖ.

Материалы и методы: радикальная резекция молочной железы с использованием основных приемов масторедукции была выполнена 45 больным с 1-3 стадией РМЖ. Масторедукция противоположной железы у 23 пациенток была сделана для получения симметрии за реконструируемой. Пяти пациенткам масторедукция остающейся молочной железы большого размера была использована с целью улучшения качества жизни (профилактика искривления позвоночника, облегчение подбора и ношения экзопротеза). У 13 пациенток радикальная резекция была дополнена брахиотерапией (10 Гр) через эндостаты, проведенные через ложе опухоли.

Полученные результаты: радикальная резекция молочной железы с использованием «нижней» ножки была выполнена у 24 пациенток, «верхняя» ножка – у 21 пациенток. Непосредственные осложнения, возникшие у 5 пациенток (краевой некроз раны - 2, нагноение раны - 1, лимфоррея - 2), не повлияли на сроки проведения комплексного лечения. В период до 2 лет прогрессирование заболевания диагностировано у 2 пациенток (метастазы в надключичные лимфатические узлы и висцеральные органы). Эстетические результаты (сохранение формы железы, степень выраженности асимметрии) оценивались через год после операции. Отличные эстетические результаты достигнуты у 14 пациенток, у 24 – хорошие, у 5 удовлетворительные и у 2 – плохие.

Заключение: накопление опыта выполнения радикальных вмешательств с использованием приемов масторедукции позволит получить новые эстетически значимые результаты.

ОСЛОЖНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ (РПО) У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОВЛЕКШИЕ УДАЛЕНИЕ ПРОТЕЗОВ*Кочетков Р.И., Савельев В.Н., Борисов А.П., Кокшарова О.Г., Кокорина М.С.*

Самарский областной клинический онкологический диспансер.

Цель исследования: выявить факторы, негативно влияющие на результаты РПО с использованием эндопротезов-экспандеров и разработать меры профилактики.

Материалы и методы: с 2007 по настоящее время РПО с использованием эндопротезов экспандеров выполнено у 78 больных РМЖ. Одномоментная реконструкция протезами выполнена у 30, двухэтапная (с использованием экспандера со встроенным портом) у 37, у 9 пациенток был установлен экспандер Беккера.

Полученные результаты: осложнения, приведшие к удалению имплантов, возникли у 6 (7,6%) пациенток (3 эндопротеза, 3 экспандера): гнойное воспаление у четырех, частичный некроз кожного лоскута у двух пациенток. Основной причиной нагноения раны была длительная лимфоррея на фоне проведения комплексного нео- и адьювантного лечения и выраженной лейкопении (ниже $2,0 \cdot 10^9$). Консервативные мероприятия (антибиотикотерапия, дренирование и промывание полости протеза) закончились формированием свища и протрузией протеза. Некроз лоскута с последующей протрузией протеза развился вследствие неправильно сформированного кожного разреза и неполного мышечного укрытия импланта в месте его подлегания к послеоперационному шву. Повторная хирургическая мобилизация кожных лоскутов для закрытия протеза имела временный успех (через 3 месяца у пациентки вновь возникла протрузия протеза). Двум пациенткам спустя 3-5 месяцев после удаления экспандеров успешно произведена повторная реконструкция (торакодорзальный лоскут с эндопротезом и ТРАМ лоскут).

Выводы: В случае возникновения выраженных осложнений после проведения неоадьювантного лечения (местно – эпителиит, общая – лейкопения) целесообразно проведение РПО в отсроченном варианте, спустя

полгода после завершения комплексного лечения.

ТРАПЕЦЕВИДНЫЙ ЛОСКУТ В ЭКСТРЕННОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПАДАЮЩЕГОСЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ*Мадалиходжаев Р.С., Сыздыков К.З.*

Южно-Казахстанский Областной онкологический диспансер.

Актуальность. РМЖ как в мире, так и в Республике Казахстан имеет четкую тенденцию к увеличению заболеваемости и среди злокачественных опухолей у женщин многие годы удерживает первое место. При этом, в Южно-Казахстанской области в некоторые годы РМЖ лидировал даже среди всех локализаций. По РК на 100000 населения это составило 19,5, а пятилетняя выживаемость – 49,4%. III–IV стадия болезни отмечена в 33,3%, а смертность выросла на 8,2%. При этом, ряд больных поступают в клинику с далеко зашедшей формой болезни осложненной распадом опухоли и кровотечением, и в этом случае хирургическое лечение всегда сопряжено с большими трудностями.

Цель исследования. Улучшить качество жизни у больных с распадающимся РМЖ путем повышения эффективности хирургического лечения пластикой местными тканями.

Материал и методы. Предлагаемый нами метод модифицированной условно радикальной операции провели 38 больным ($T_4N_0M_0$) в экстренном порядке в связи с выраженным кровотечением из зоны распада. И характеризуется тем, что окаймляющий молочную железу разрез в обязательном порядке проводится электроножом в пределах здоровой кожи определяемой ad oculum. После мастэктомии образуется очень большой кожный дефект для покрытия которого формируется кожно-мышечный лоскут на «ножке» из латеральной части грудной клетки.

Результаты. Наблюдение 2 года. Умерло 2 больных (5,2%). Рецидивы возникли у 15 больных или в 39,4%. Заживление раны не более 19 дней, при этом поверхностный частичный некроз краев кожного лоскута отмечен в 18,4% или у 7 больных. Других осложнений не было.

Заключение. Предлагаемая операция может быть методом выбора при лечении распадающихся форм РМЖ для улучшения качества жизни.

ТРАПЕЦЕВИДНЫЙ ЛОСКУТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ*Мадалиходжаев Р.С., Сыздыков К.З.*

Южно-Казахстанский Областной онкологический диспансер.

Актуальность. В структуре онкологической заболеваемости женщин Казахстана РМЖ занимает первое место и ежегодно впервые берется на диспансерный учет около 3000 женщин. Особую трудность, при этом, представляет хирургическое лечение инфильтративного РМЖ.

Цель исследования. Улучшить качество жизни у больных инфильтративным РМЖ путем применения пластики местными тканями.

Материал и методы. Предлагаемый нами метод модифицированной операции провели 42 больным ($T_4N_0M_0$) после 4-6 курсов ПХТ и отличается от традиционных радикальных мастэктомий тем, что окаймляющий молочную железу разрез в обязательном порядке проводится электроножом отступая на 3-5 см от реально видимой или предполагаемой демаркационной линии. После мастэктомии образуется очень большой кожный дефект для покрытия которого формируется трапецевидно-образный кожно-подкожный лоскут из латеральной части грудной клетки.

Результаты. Больные наблюдаются в течение 2 лет и за это время психо-эмоциональный статус всегда находился на достаточно высоком уровне. Рецидивы возникли у 18 больных или в 42,9%. Время заживления раны составил 12-18 дней, при этом поверхностный ограниченный некроз медиального конца кожного лоскута отмечен в 19% или у 8 больных. Других осложнений не было.

Заключение. Предлагаемый метод расширенной операции может быть методом выбора при лечении инфильтративных форм РМЖ, а также для улучшения качества жизни.

МЕТОДИКА ЗАПОЛНЕНИЯ ДЕФЕКТА ПОДМЫШЕЧНОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ**Музяков В.В.**

Онкологический диспансер, Ульяновск, Россия

Достижения современной медицины способствовали к улучшению непосредственных результатов в лечении рака молочной железы: выживаемость, продолжительность жизни. Хотя на современном этапе количество калечащих операций существенно сократилось, выполняются больше функционально щадящих и экономных операций, проблемы, касающиеся раннего послеоперационного периода, остаются. Так у многих женщин после проведенной радикальной операции появляются в различной степени выраженности лимфорея, что в свою очередь затрудняет заживлению раны после радикальной операции и отодвигает на более поздний срок начало проведения других методов специального лечения. Подобное осложнение особенно выражено у больных с повышенной массой тела. Известны факторы, которые приводят к ускорению заживления раны: бережное отношение к тканям, уменьшение ожоговой поверхности, избегание появления гематом, сохранение коллатералей подключичной вены и нервов. В последние годы также применяется методика сшивания кожных лоскутов к грудной стенке. Проводилось ретроспективное исследование влияния способа сшивания кожных лоскутов на процесс заживления раны в разные годы: до начала применения данного метода и после. Изучены истории болезни больных находившихся на стационарном лечении во 2 хирургическом отделении Ульяновского областного онкодиспансера в 2003 и 2008 гг. В исследуемые группы вошли 108 и 103 пациенток с диагностированным раком молочной железы с 1 по 3-6 ст, которым проведены хирургические операции в объеме радикальной мастэктомии по Madden. Среднее пребывание на стационарном лечении с применением способа сшивания раневых лоскутов уменьшилось незначительно, на 2,5 койко-дней. Поэтому поиск методов борьбы с лимфореей в послеоперационном периоде в настоящее время остается актуальным.

Целью данного исследования является изучение влияния способа операции заполнения дефекта подмышечной области после радикальной мастэктомии у больных повышенной массой тела на количество выделяемой лимфатической жидкости и заживление раны по сравнению со стандартной методикой.

Описание методики: после стандартной радикальной мастэктомии с целью более плотного прилегания кожного лоскута к грудной стенке. Затем в подмышечной области дезэпителизуется избыточная часть кожных лоскутов, которая перемещается в раневую полость и фиксируется узловыми швами. Таким путем компенсируется дефект после удаления жировой клетчатки из подмышечной области. Положительным моментом является и то, что при применении данного способа устраняется косметический дефект в виде выступающей кожно-жировой ткани в латеральной части раны. Дренажирование полости раны выполняется для контроля отделяемой жидкости из раны для исключения кровотечения в ранний послеоперационный период. Дренажная трубка удаляется на вторые сутки после операции, а в дальнейшем при необходимости, проводится эвакуация лимфатической жидкости путем пункции.

Результаты исследования. На сегодняшний день прооперировано 32 больных с использованием предложенного способа. Как показывают результаты, время заживления раны значительно укорачивается, а скопление жидкости под лоскутом уменьшается до минимальных величин через 8-12 дней после оперативного вмешательства.

Выводы: 1) предварительные результаты исследования показывают, что данный способ оказывает положительное влияние на послеоперационный период и заживление раны.

2) Необходимо дальнейшее исследование с целью изучения эффективности предложенного способа операции по сравнению со стандартной методикой операции.

СПОСОБЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**Музяков В. В.**

Онкологический диспансер, Ульяновск, Россия

Существуют множество хирургических операций, относящиеся к органосохраняющим видам вмешательств при раке молочной железы (РМЖ). В настоящее время уже не нужно доказывать целесообразность и эффективность применения органосохраняющих операций (ОСО) при злокачественной опухоли молочной железы. Адекватность их применения оправдана с позиций радикальности и достижения наилучшего косметического эффекта. Как показали исследования, хороший косметический эффект наблюдается у 60-70% оперированных больных, а результаты лечения при опухолях не более 2 см не уступают таковым после радикальной мастэктомии (Veronezi U., 1977).

Актуальность. Внедряемые в настоящее время новые модификации ОСО при начальных стадиях РМЖ направлены, прежде всего, на достижение отличного и хорошего косметического эффекта без ущерба радикализма. Применяемые методики ОСО не всегда позволяют достичь желаемых эстетических результатов, поэтому разработка и внедрение новых способов операций остается актуальной.

Во 2 хирургическом отделении ГУЗ ОКОД внедрены в практику новые методики органосохраняющего лечения, которые направлены на лечение больных РМЖ 1-2а стадий заболевания при расположении опухоли в нижних сегментах. Методики операции включают в себя элементы секторальной резекции с лимфаденэктомией и пластической хирургии

Первый способ операции - радикальная резекция молочной железы с пластикой местными тканями. Этот метод оперативного вмешательства показан при:

- 1) локализации опухоли в нижне-наружном квадранте молочной железы
- 2) стадии заболевания T1-2N0-1M0,
- 3) размере опухоли не больше 2,5см.

Как и при любой пластической операции одним из элементов подготовки к операции является разметка исходных линий, по которым проходят линии предполагаемых разрезов на коже молочной железы.

На первом этапе операции производится удаление сектора молочной железы вместе с опухолью и подлежащим участком фасции большой грудной мышцы. Сектор железы удаляется единым блоком с клетчаткой и лимфатическими узлами подключичной, подмышечной, подлопаточной областей.

На следующем этапе производится формирование правильной формы молочной железы путем перемещения кожных лоскутов в запланированные места. Возможно проведение редукционной маммопластики здоровой стороны для коррекции размера и формы здоровой молочной железы.

Второй способ хирургического вмешательства - секторальная резекция молочной железы с лимфаденэктомией и пластикой кожно-жировым лоскутом живота.

Показания:

- Нижне-медиальное расположение опухоли
- Размер злокачественного образования не более 2,5 см

В нижнее - медиальном расположении злокачественного процесса в молочной железе после секторальной резекции с лимфаденэктомией всегда происходит деформация железы, отклонение соска в сторону послеоперационного рубца. Сложность в исправлении формы груди состоит в том, что при данной локализации опухоли трудно заместить дефект после иссечения сектора собственными тканями молочной железы. Чтобы решить эту проблему, предложен способ хирургического вмешательства.

Операция начинается с нанесения линий разметки, по которым будет производиться разрез на коже и удаление опухоли с частью молочной железы. Рассекаем кожу, начиная от точки на переходной складке на уровне соска в сторону грудины двумя полуовальными разрезами выше и ниже расположения узла. Затем производим иссечение сектора ткани молочной железы вместе опухолевым узлом.

Вторым этапом выполняется операция подмышечная лимфаденэктомия на стороне оперированной молочной железы по традиционной технологии.

Третий этап включает в себя замещения дефекта молочной железы с использованием кожно – жирового лоскута живота путем перемещения вверх на место удаленного сектора. Этот способ операции отличается от первого и тем, что нет необходимости в коррекции контралатеральной железы, так как, не происходит изменение формы и размера железы.

Результаты. По предложенным способам ОСО прооперировано 6 больных раком молочной железы 1-2а ст. Послеоперационный период протекал без осложнений. У всех женщин получены отличные и хорошие косметические результаты. Исследование у данной группы женщин психоэмоционального состояния показало, что нервная система менее подвержена колебаниям, а самооценка остается на достаточно высоком уровне по сравнению с другими пациентами.

Вывод. Предложенные способы ОСО могут использоваться в стандартном лечении ранних форм РМЖ при локализации узла в нижних квадрантах железы.

НЕЙРОСЕТЕВАЯ МОДЕЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Осипов В.В., Есин С.В., Аксененко А.В., Полюшкин Д.В.

Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Одним из основных направлений научно-исследовательской работы по улучшению профилактики и лечения рака молочной железы является разработка скрининговых программ с использованием наиболее достоверных клинических признаков и результатов объективных методов исследования (Burke W., Daly M., Garber J. et al., 1997).

Задача исследования. В последние десятилетия в научных исследованиях стали широко использовать новые методы исследований, основанные на технологиях искусственного интеллекта. К ним относят искусственные нейронные сети (ИНС) или нейросети, имитирующие деятельность нейронов коры головного мозга человека. Указанные выше свойства ИНС, мы применили в решении задач скрининговых исследований женских коллективов для определения групп повышенного риска развития рака молочной железы.

Материалы и методы. В исследовании участвовало две группы женщин, первая - 169 человек, оперированных по поводу рака молочной железы и вторая – 196, оперированных по поводу другой патологии молочных желёз.

При оценке возможностей нейросетевого анализа мы учитывали 62 клинических и лабораторных признака. В решении этой задачи был использован пакет NeuroSolutions фирмы NeuroDimension Inc.

Результаты. Отобранная нейросеть правильно прогнозировала рак молочной железы у 17 из 18 женщин, что соответствует коэффициенту чувствительности в 94,4%. Отсутствие рака правильно показано у 16 из 18, что соответствует коэффициенту специфичности 88,9%.

Выводы. Таким образом, метод нейросетевого анализа позволяет с достаточной чувствительностью (94,4%) и специфичностью (88,9%) давать индивидуальный прогноз возникновения рака молочной железы.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Пак Д.Д., Рассказова Е.А.

МНИОИ им.П.А.Герцена, Москва, РФ

В настоящее время первичные реконструктивные операции при раке молочной железы являются методом реабилитации больных, так как улучшают прогноз жизни пациенток, не препятствуют проведению лучевого лечения и химиотерапии. При применении первичной пластики достигается лучший косметический результат, а также уменьшение психической и физической травмы для пациентки.

Органосохраняющие операции подразумевают выполнение радикальной и субтотальной радикальной резекции молочной железы. Подкожная мастэктомия подразумевает сохранение кожи или ее частичное удаление над опухолью молочной железы, сосково-ареолярного комплекса, субмаммарной складки и удаление всей ткани железы; при этом толщина нерезецированной клетчатки соответствует толщине подкожно-жирового слоя (0,5-1,0 см), оставляемого при стандартной радикальной мастэктомии, а также удаление подмышечных, подключичных, подлопаточных лимфатических узлов и клетчатки. Первичную пластику осуществляют в основном аутоканями (фрагмент широчайшей мышцы спины, фрагмент большой грудной мышцы, а также их сочетание) или в комбинации с искусственными материалами (силиконовый эндопротез).

В отделении общей онкологии МНИОИ им.П.А.Герцена выполнены 1029 операции с первичной реконструкцией (с 1992 по 2009 г), из которых после радикальной резекции у 267, после субтотальной резекции у 254, после подкожной мастэктомии у 508 больных.

Для реконструкции молочной железы использовали в 136 случаях большую грудную мышцу, в 360 широчайшую мышцу спины, в 11 их комбинации, TRAM-лоскут в 9 случаях, широчайшую мышцу спины в комбинации с силиконовым протезом у 513 пациенток.

Общая пятилетняя выживаемость при I-IIA стадиях после радикальных резекций с пластикой составили 96,2% и 90,0%, при IIB-IIIA стадиях – 86,7% и 86,2% (прослежены 215 больных) соответственно.

Общая пятилетняя выживаемость при I-IIA стадиях после субтотальных радикальных резекций с пластикой составили 87,5% и 89,1%, при IIB-IIIA стадиях – 89,5% и 83,3% (прослежены 167 больных) соответственно.

Общая пятилетняя выживаемость при I-IIA стадиях после радикальных подкожных мастэктоми с пластикой составили 92,9% и 91,2%, при IIB-IIIA стадиях – 84,4% и 91,4% (прослежены 159 больных) соответственно.

Наименьший процент рецидива 3,1% выявлен после подкожных мастэктоми, после радикальных резекций 3,4%, после субтотальной резекции в 6,0% случаев.

В 80% отмечены отличные и хорошие косметические результаты. Органосохраняющие операции и подкожная радикальная мастэктомия с одномоментной реконструкцией при раке может быть операцией выбора в лечении больных раком молочной железы.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Портной С.М., Лактионов К.П., Коротких И.Ю., Блохин С.Н., Анурова О.А., Хван О.Т., Васильевская А.В.

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

В России до сих пор существуют проблемы с внедрением органосохраняющих операций (ОО) при раке молочной железы (РМЖ) в практику. С одной стороны, - необъяснимый консерватизм, когда органосохраняющие операции не выполняются вовсе; с другой стороны, - неумелое применение метода, сопровождающееся необычайно высокой частотой местных рецидивов (20,68% за 3 года, Добренский М.Н., 2004).

Целью работы явился анализ онкологической безопасности ОО по собственным данным и данным литературы.

Основным и универсальным требованием к органосохраняющим операциям является онкологическая безопасность, что подразумевает невысокую частоту местных рецидивов и отсутствие провоцирования отдаленного метастазирования. Таблица 1 иллюстрирует влияние некоторых факторов на повышение частоты местного рецидива опухоли. Для органосохраняющих операций характерна более высокая частота местных рецидивов, чем для радикальных мастэктоми. Более того, у больных, имевших местный рецидив, повышается вероятность диссеминации опухоли. Возможна двоякая трактовка этих результатов: а) рецидивная опухоль является источником диссеминации опухоли, б) к началу лечения болезнь уже была диссеминирована, местный рецидив является маркером активности опухолевого процесса. Последнее заключение справедливо только для адекватных операций. Отсутствие

опухоли по краю резекции – важнейший показатель адекватности органосохраняющей операции. Meric F и соавт. (2003) было показано, что так называемые «позитивные» края резекции являются не только фактором, повышающим вероятность местного рецидива. У больных с «позитивными» краями в 3,7 раза повышается вероятность развития отдаленных метастазов и в 3,9 раза – вероятность смерти от РМЖ, по сравнению с больными, не имеющими элементов опухоли по краю резекции. Еще один фактор, компрометирующий адекватность органосохраняющих операций, – наличие опухолевых клеток в перитуморальных сосудах. По нашим данным наличие этого фактора, особенно при отсутствии адъювантной химиотерапии, повышало вероятность развития отдаленных метастазов у больных после органосохраняющих операций (С.М.Портной, К.П.Лактионов, 2005).

Таблица 1. Факторы, повышающие вероятность местного рецидива

| Фактор | Частота местного рецидива |
|--|--|
| Размер опухоли > 2 см | в 1,64 раза больше (Whelan T. et al., 1994) |
| Мультицентрический рост | в 2,7 раза больше (Touboul E., et al., 1999) |
| Распространенный внутрипротоковый рост | в 2,6 раза больше (Touboul E., et al., 1999) в 4,1 раза больше (Voogd AC, et al., 1999) 0% при «негативных» краях (Leong C, et al., 2004) |
| «Позитивные» края резекции | 25% за 10 лет (Leong C, et al., 2004) в 3,8 раза выше, чем при «негативных» краях (Leong C, et al., 2004) 33-40% без буста; 4-12% с бустом 18-20 Гр (Perez CA, 2003) |
| N+ | 46,5% против 29,2% (N-) без лучевой терапии за 10 лет (EBCTCG, 2005) |
| Возраст до 35-40 лет | 19% (Kurtz JM, et al. 1988) в 4,09-2,41 раза больше (Elkhuizen PH, et al. 1998) в 3,15 раза больше (Touboul E., et al., 1999); в 2,9 раза больше (Voogd AC, et al., 1999); 17 - 8% при 10 летнем наблюдении (Perez CA, 2003) |
| Наследственный РМЖ | 30% при 10 летнем наблюдении (Seupaev S, et al., 2004) равноценна с больными без отягощения наследственности (Vlastos G, et al., 2004) |
| Мутация BRCA1 или BRCA2 | ипсилатеральных – 49%, контралатеральных – 42% за 12 лет (Haffty B.G et al., 2002) |
| Отсутствие лучевой терапии | ~ в 3 раза повышается вероятность местного рецидива (EBCTCG, 2005) |

Заключение. Органосохраняющие операции заслуженно являются одним из стандартов лечения раннего РМЖ, однако они не всегда могут обеспечить эффективность, равную эффективности модифицированной радикальной мастэктомии. Тщательный отбор больных, контроль краев резекции, проведение лучевой терапии – основа тактики, позволяющей проводить адекватное органосохраняющее лечение.

СПОСОБ ПЕРВИЧНОЙ МАММОПЛАСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БОЛЬШОЙ ГРУДНОЙ МЫШЦЫ, СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА И ЭНДОПРОТЕЗА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПОДКОЖНОЙ МАСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА

Пак Д. Д., Трошенков Е. А., Рассказова Е. А.

МНИОИ Герцена,
Москва, Россия

В последние два десятилетия интенсивно разрабатываются первичные реконструктивно-пластические операции у больных раком молочной железы (РМЖ). Отдаленные результаты лечения после радикальной подкожной мастэктомии с одномоментной маммопластикой не отличаются от традиционных методов хирургического лечения. В настоящее время намечается тенденция использования синтетических материалов в реконструкции молочной железы. Нами разработан способ первичной пластики молочной железы с использованием сетчатого имплантата, большой грудной мышцы, эндопротеза после радикальной подкожной мастэктомии по поводу рака. В отделении общей онкологии МНИОИ им П.А.Герцена у 9 больных раком молочной железы I-III ст. выполнена первичная реконструктивная операция с использованием большой грудной мышцы, сетчатого имплантата и эндопротеза после радикальной подкожной мастэктомии по поводу рака. Сетчатый имплантат исполь-

зовали для увеличения пространства между грудными мышцами для имплантирования эндопротеза по объему более 200 см³, а также для создания искусственного птоза молочной железы. Полученные нами данные показали отсутствие послеоперационных осложнений. У всех пациенток получен хороший и отличный косметический эффект. Срок наблюдения составил 12 месяцев. При сравнении с классической методикой реконструкции молочной железы фрагментом широчайшей мышцей спины и эндопротезом: длительность операции сократилась на 40-50 минут; снижена травматичность за счет сохранения целостности широчайшей мышцы спины. Достигнута минимальная кровопотеря за счет уменьшения площади отсепарованных тканей. Непосредственные косметические результаты не уступают при аналогичных операциях. Полученные результаты позволяют продолжать дальнейшее внедрение операции в практику.

ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА С МУЛЬТИЦЕНТРИЧНЫМ РОСТОМ С ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

Панова И.Е., Сусло И.С., Семёнова Л.Е., Важенина Д.А., Усова Р.А.

Окружной клинический онкологический диспансер.
Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования.
г. Челябинск, Российская Федерация

Целью данного исследования явилось изучение вариантов лечения различных форм базально-клеточного рака с мультицентричным ростом с вовлечением органа зрения.

Материалы и методы. С мультицентричным ростом базально-клеточным раком (БКР) было пролечено 52 пациента (74 опухоли). Женщин – 31 (59,6%), мужчин – 21 (40,4%), средний возраст 58±0,2 лет.

Результаты. С плоскостной формой с преимущественной локализацией на коже головы, параорбитальной области пролечено 7 (13,5%) пациентов, с язвенной формой – 8 (15,4%), с узловой – 10 (19,2%) больных. С различными формами БКР пролечено 27 (51,9%) пациентов, из них плоскостная форма в сочетании с узловой наблюдалась у 15 (55,6%) пациентов, плоскостная и язвенная у 7 (25,9%) больных, язвенная и узловая – у 5 (18,5%) пациентов. Сочетанная терапия применялась у 21 (40,4%) пациента, хирургическое лечение у 19 (36,5%) больных, лазерная фотодеструкция у 5 (9,6%) пациентов, комбинированное лечение проводилось у 4 (7,7%) больных, КДРТ у 2 (3,8%) пациентов. Эффективными методами лечения преимущественно поверхностных форм явились лазерная фотодеструкция (95,3%), комбинированное лечение (84,3%) у пациентов с плоскостной в сочетании с узловой формой и хирургическое лечение (75,2%) у пациентов с язвенной и в сочетании с узловой формами роста.

Выводы. Применение лазерной фотодеструкции, хирургического и комбинированного методов лечения БКР с мультицентричным ростом способствует увеличению безрецидивного периода.

ОСОБЕННОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Петровский Д.А.

ГУЗ ЯО «ОКОБ»,
Ярославль, Россия.

Цель исследования: Разработка и внедрение нового метода радикального хирургического лечения местнораспространенного рака молочной железы.

Материалы и методы: Предложена методика радикального хирургического лечения местнораспространенного рака молочной железы, которая подразумевает как можно более широкое удаление пораженных опухолью тканей, отступая не менее 5-7 сантиметров от видимых изменений в молочной железе и окружающих ее тканях, в блок удаляемых

тканей включаются обе грудные мышцы, а при необходимости - другие мышечные и костные структуры, с последующим закрытием дефекта с использованием различных тканей.

Результаты: За период с 1998 по 2007 год в исследуемую группу включены 52 пациентки.

Распределение пациенток по стадиям опухолевого процесса: рак одной молочной железы - T4N1-3M0 - 23 пациентки; T4N1-3M1 - 16 пациенток, билатеральный рак молочных желез - T4N1-3M0 - 9 пациенток; T4N1-3M1 - 4 пациентки. Трехлетняя выживаемость прослежена у 50 пациенток - 44,3% общая и 34,8 % безрецидивная. Пятилетняя выживаемость прослежена у 29 пациенток - 36,1% общая и 21,5% безрецидивная.

Выводы: Применение агрессивной хирургической и системной тактики лечения данного контингента больных в конкретной группе больных позволило получить хорошие отдаленные результаты, но полученные результаты нуждаются в дополнении результатами полученными в других лечебных учреждениях, для окончательной оценки необходимости столь агрессивной тактики и выработки методических рекомендаций по хирургическому лечению пациенток с местнораспространенным раком молочной железы.

ИНДУКТОТЕРМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Смолянка И.И., Орел В.Э., Скляр С.Ю., Досенко И.В., Дзятковская Н.Н.

Национальный институт рака,
Киев, Украина

Современный подход к лечению местнораспространенного рака молочной железы (МРРМЖ) состоит в последовательном назначении системной терапии и местнорегионарного воздействия. С целью преодоления лекарственной резистентности при проведении неоадьювантной полихимиотерапии (НПХТ) и создания благоприятных условий для выполнения функционально-щадящих, органосохраняющих и реконструктивных операций в последние годы в качестве модификатора нами используется магнито-(индуктометрия) (ИТ).

Проанализированы результаты лечения 69 больных МРРМЖ: 37 пациенток основной группы (средний возраст 53,2±1,5 года) и 32 больных контрольной группы (средний возраст 48,9±1,8 года). Больным основной группы проводили НПХТ по схеме FAC. После инфузии химиопрепаратов пациентки получали сеанс ИТ (аппарат «Магнитерм» (Украина), длительность-30 мин., мощность 65 Вт). Проведено 4 курса НПХТ с интервалом в 3 недели. Пациенткам контрольной группы НПХТ проводилась без ИТ. Оценка эффективности лечения проводили согласно критериев RECIST, токсичности - Common Toxicity Criteria NCIC, размеров регионарных лимфоузлов (ЛУ) - с помощью УЗИ и лимфоцинтиграфии. Частичная регрессия первичной опухоли была отмечена у 56,7 % пациенток основной и у 18,8% - контрольной группы. (p<0,05). Стабилизация процесса - у 37,8 % больных основной группы и у 68,7 % - контрольной (p<0,05). Регрессию метастатически пораженных ЛУ отмечали у 67,5 % больных основной и у 34,4 % - контрольной группы (p<0,05). Проведение НПХТ на фоне ИТ при лечении больных МРРМЖ способствовало достоверному повышению объективного ответа опухоли и пораженных ЛУ на лечение, что позволило увеличить проведение органосохраняющих и реконструктивно-восстановительных операций на 14,4 % и 10,7% соответственно.

ОРГАНОСОХРАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ ИНТЕРМАРГИНАЛЬНОГО КРАЯ ВЕК

Султанова Ш.Ш., Исламов З.С.

РОНЦ МЗ РУз,
Ташкент.

Целью нашей работы явилось разработка нового метода реконструктивно - пластических операций при злокачественных опухолях кожи век

с распространением на интермаргинальный край и конъюнктиву.

Актуальность: после иссечения опухоли, криотерапии или лучевой терапии чаще наблюдаются грубые косметические дефекты век, вследствие тянущих рубцов выворот век, атрофии век, приводящих к слезотечению или синдрому «сухого глаза», к кератитам и язвам роговицы, вплоть до потери органа зрения.

Материалы и методы: нами в отделении онкоофтальмологии Республиканского Онкологического Научного Центра разработана методика органосохраняющих реконструктивно-пластических операций при раке кожи век, распространяющимся на интермаргинальный-ресничный край. 25 больных с раком кожи век, с распространением на ресничный край, в ст. T3N0M0 проведена реконструктивно - пластическая операция по этому типу. Возраст больных от 37 до 72 лет. Мужчин было 14 (56%), женщин 11 (44%). У 7 больных (28%) был плоскоклеточный рак, у 18 (72%) - базальноклеточный рак. У 4 больных (16%) опухоль была на верхнем веке, у 21 больных (84%) - нижнем веке. Операция выполнялась с использованием микроскопа фирмы «Zeiss». Методика операции: иссекается опухоль с ресничным краем и конъюнктивой века, в пределах здоровых тканей. Выкраивается «П» образный лоскут с ниже лежащего или верхнего отдела того же века, перпендикулярно к краю века. Лоскут вытягивается и укладывается на ложе опухоли и формируется край века. Накладываются швы, микрохирургическим методом атравматичным шовным материалом 6-0.

Результаты: у всех больных пересаженный лоскут прижился первичным натяжением, форма века сохранилась, при закрытии глаза смыкание век полное, дефекта края век, грубых рубцов не отмечалось, заворотов или выворотов не наблюдалось. Через 2-3 месяца пересаженный лоскут практически не выделялся от окружающей ткани. В сроки наблюдения от 1 до 3 лет рецидивов не наблюдалось.

Выводы: внедрение в практику нового метода реконструктивно-пластической операции с пересадкой «П» образного лоскута с кожи век и щeki позволяет сохранить веко как анатомический орган и избежать косметических дефектов века, заворотов, а также улучшить качество жизни больных.

УСКОРЕННОЕ ЧАСТИЧНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПЛАНЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ: АЛЬТЕРНАТИВА ТРАДИЦИОННОМУ КУРСУ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ?

Тер-Арутюнянц С. А., Осипов В. В., Аксёненко А. В., Полошкин Д. В.

Выживаемость среди пациентов с I и II стадией рака молочной железы после органосохраняющей операции в сочетании с облучением всей молочной железы равна таковой после выполнения мастэктомии. Основанием для облучения всего объема молочной железы является широко распространенное мнение, что рак молочной железы часто бывает мультицентричным. Однако, исследования Nijmegen показали, что истинно мультицентричный рост, определяемый как два и более очага рака, разделенных здоровой железистой тканью в 3-4 см, встречается менее чем у 10 процентов больных. До 85% местных рецидивов появляются в том же квадранте, в котором была первичная опухоль. Случаи, в которых «рецидив» возникает в ранее здоровых квадрантах молочной железы, являются примерами первичной множественности. Показано, что облучение всей молочной железы может предотвратить истинный местный рецидив в исходно пораженном квадранте молочной железы, но не предотвращает возникновение новых очагов опухолевого роста в других квадрантах той же железы.

Описанные наблюдения послужили основанием для разработки альтернативы длительному курсу послеоперационной дистанционной лучевой терапии на весь объем железы - метода ускоренного частичного облучения молочной железы (УЧО) - послеоперационного облучения только пораженного квадранта (ложе опухоли) крупными или крупными фракциями. Одним из вариантов УЧО является мультикаторная внутритканевая лучевая терапия в режиме высокой мощности дозы, разовая очаговая доза 3,5-4 Гр дважды в день на протяжении недели до суммарной очаговой дозы 32-36 Гр. При грамотном отборе пациентов УЧО может принести результаты, аналогичные тотальному облучению молочной железы (ежегодный уровень местных рецидивов на

протяжении минимум 3 лет наблюдений составил всего лишь 0,4 - 4,9%, по данным западных авторов).

В настоящее время описанная методика внедрена в клиническую практику во втором радиологическом отделении ФМБЦ. Ранних осложнений не отмечено, косметический эффект и переносимость лечения удовлетворительные. Собственные онкологические результаты будут оцениваться в процессе динамического наблюдения за больными.

АНАЛИЗ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНО-МЕДИАЛЬНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хасанов Р.Ш., Исмагилов А.Х., Ванесян А.С.

Кафедра онкологии и хирургии Казанской государственной медицинской академии, Казань, Республика Татарстан

Введение: Доминирующее значение в лечении рака молочной железы (РМЖ) занимает хирургическое вмешательство, которое до настоящего времени остается той основой, с учетом которой строится план лечебных мероприятий.

Цель: В данной работе рассматриваются недостатки сочетания радикальных операций на молочной железе с локализацией опухоли в центральной и медиальной зонах, с видеоторакоскопической парастеральной лимфодиссекцией и с различными способами одномоментных реконструктивно-пластических операций и пути их преодоления.

Материалы и методы: С 1996-2010 гг. в отделении маммологии КОД МЗ РТ выполнено 515 реконструктивно-пластических операций по поводу РМЖ, из которых 459 были одномоментные реконструкции. Были выделены две группы пациентов, в первую из которых были включены больные, которым были выполнены одномоментные реконструкции в сочетании с парастеральной лимфодиссекцией (173), во вторую группу были включены больные с одномоментной реконструкцией без парастеральной лимфодиссекции (286).

Результаты и обсуждение: При анализе ранних послеоперационных осложнений достоверная разница ($p < 0.005$) была обнаружена только при сравнении групп с пластикой лоскутом- TRAM и парастеральной лимфодиссекцией и без парастеральной лимфодиссекции. В группе больных с одномоментной пластикой лоскутом- TRAM и парастеральной лимфодиссекцией больше количество послеоперационных осложнений (33,1% по сравнению с 28,2% в группе без парастеральной лимфодиссекции), в основном за счет наличия краевых некрозов (17,9% по сравнению с 10,4% в группе без парастеральной лимфодиссекции), что связано с невозможностью забора лоскута на обеих прямых мышцах живота при больших объемах переносимых тканей. Выходом из создавшегося положения является дополнительная васкуляризация лоскута-TRAM из бассейна внутренней грудной артерии.

Выводы: Невозможность использования ипсилатеральной прямой мышцы живота при сочетании видеоторакоскопической парастеральной лимфодиссекции с одномоментной реконструкцией лоскутом TRAM решается за счет дополнительной васкуляризации контралатеральной мышцы путем наложения микрососудистого анастомоза между нижними надчревными и внутренними грудными сосудами (с видеоторакоскопической мобилизацией последних).

МАММОПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ ОПЕРАБЕЛЬНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шаповал Е.В.

РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, Республика Беларусь, г. Минск

Введение. Современные методики реконструкции молочной железы у онкологических больных сталкиваются со сложной задачей формирования адекватной формы и объема железы, проблемой заметных рубцов.

Цель работы. Изучить эффективность методики, сочетающей кожно-сохраняющую резекцию с первичной маммопластикой кожно-жировыми

лоскутами из самой железы без или в сочетании с имплантатами.

Материал и методы. Маммопластика выполнена у 21 пациентки с операбельным раком молочной железы в возрасте от 27 до 68 лет. У 15 пациенток маммопластика выполнялась только за счет сформированных кожно-жировых лоскутов. У 6 пациенток сочеталась с эндопротезированием.

Результаты. Сохранение кожи молочной железы, и в первую очередь, в области субмаммарной складки, позволило сохранить естественные границы молочной железы и в значительной степени облегчило последующее моделирование ее формы в соответствии с пропорциями тела.

Заключение. Создание широкого доступа, позволяющего радикально иссечь всю ткань молочной железы в едином блоке с подмышечно-подключично-подлопаточной клетчаткой; одномоментное иссечение избытка кожных лоскутов, создает хорошие условия для выполнения последующей маммопластики. При недостаточной выраженности подкожной клетчатки, что наблюдается у более молодых пациенток, данная методика сочетается с одномоментным эндопротезированием.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОНТУРОВ ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

Шаповалов С.Г.¹, Сухопарова Е.П.²

¹ ФГУЗ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС РОССИИ Центр

² Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Восстановление груди является важным аспектом в психологической реабилитации женщин после мастэктомии.

Материалы и методы. В медицинском центре ФГУП «Адмиралтейский верфи» и Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова с 1988 года выполнено отсроченное оперативное восстановление груди у 23 пациенток в возрасте 25-57 лет в сроки до 15-ти лет после мастэктомии. Все пользовались экзопротезами, но испытывали при этом существенные неудобства. Использованы экспандерная дермотензия с последующим эндопротезированием, торакодорзальный лоскут (ТДЛ) в сочетании с эндопротезированием, TRAM-лоскут. Выбор метода реконструкции определялся анатомическими и экономическими (высокая стоимость синтетических материалов) условиями.

Результаты и обсуждение. Дермотензию с последующим эндопротезированием считаем выполнимой при сочетании следующих условий: отсутствие натяжения кожи, достаточная толщина клетчатки на грудной стенке, подвижность рубца, сохранность большой грудной мышцы. Метод применён у 5-х пациенток после мастэктомии по Patey. Использовали силиконовые экспандеры и текстурированные гелевые эндопротезы. У 2-х пациенток потребовалась мастопексия, а у 1-й – эндопротезирование противоположной груди в связи с ее небольшими размерами. У всех выполнено восстановление сосково-ареолярного комплекса.

В 3 случаях осуществлено перемещение островкового ТДЛ с эндопротезированием. Планирование кожного островка проводилось с учётом ушивания донорской раны в горизонтальную линию и расположением её под бюстгальтером. Одна пациентка была удовлетворена результатом без последующих корригирующих операций. У 2-х потребовались мастопексия противоположной груди и восстановление сосково-ареолярного комплекса.

После мастэктомии по Halsted перемещение даже всей широчайшей мышцы спины оказалось достаточным только для покрытия эндопротеза. В верхней части грудной клетки рёбра остались покрыты только кожей. У всех женщин сформировалось умеренно выраженное нарушение контура спины, связанное с отсутствием мышцы.

У 9 пациенток после мастэктомии по Patey выполнена реконструкция груди подпупочным несвободным TRAM лоскутом.

Одномоментный перенос лоскута осуществлен у 5 женщин. У 1-й пациентки имелся рубец после нижней срединной лапаротомии и небольшая по величине противоположная грудь. Ей выполнена транспозиция половины TRAM-лоскута на ипсилатеральной ножке. В одном случае у женщины с рубцом после нижней срединной лапаротомии для воссоздания симметричного контура передней грудной клетки выполни-

ли перемещение TRAM-лоскута на двух мышечно-сосудистых ножках. Донорскую область апоневроза передней брюшной стенки заместили проленовой сеткой. У 3-х пациенток перемещён весь лоскут на контралатеральной ножке. Во всех случаях приживление лоскута полное и достигнута адекватная объемная симметрия с противоположной грудью.

Известно что, в результате недостаточной перфузии может наступить некроз тканей в IV зоне TRAM-лоскута. Для решения этой проблемы некоторые хирурги применяют профилактическое иссечение IV зоны. Однако при этом уменьшается объём лоскута, что может быть нежелательным. Для улучшения кровоснабжения IV зоны мы предлагаем предварительную хирургическую тренировку, предполагая, что это стимулирует коллатеральный кровоток от верхних надчревных сосудов, проходящих в мышечной ножке. Хирургическая тренировка заключалась в поднятии лоскута в проекции II и IV зон до апоневроза передней брюшной стенки. Далее комплекс тканей укладывали на прежнее место и послойно ушивали. Через 2 недели выполняли основной этап: транспозицию лоскута.

Такая тактика реализована у 4-х пациенток. Использован лоскут на контралатеральной ножке. У 3-х из них дополнительно осуществлена реваскуляризация нижних надчревных сосудов этой же мышечной ножки с сосудами системы подлопаточных сосудов («подкачка»).

В одном случае, когда удалось наложить только венозный анастомоз, имел место краевой некроз лоскута.

У двух пациенток (обе – не рожавшие), объём лоскута оказался недостаточным, т.к. имела большая противоположная грудь и умеренная выраженность подочно-жировой клетчатки передней брюшной стенки. От редукционной маммопластики они отказались. С целью достижения симметрии выполнена экспандерная дермотензия перемещённого TRAM-лоскута с последующим эндопротезированием.

При применении TRAM-лоскута потребовались корректирующие операции: формирование субмаммарной складки – во всех случаях, у 7-ми – коррекция формы восстановленной груди. Реконструкция сосково-ареолярного комплекса выполнена 6 женщинам. Мастопексия осуществлена только четырьмя женщинам, так как приживший лоскут сам птозировался.

Для имитации ареолы использованы: пересадка кожи малой половой губы, периферической части противоположной ареолы, полнослойного трансплантата из паховой области или утильной кожи при мастопексии. Через год кожные трансплантаты имели недостаточную пигментацию для имитации ареолы.

Специальное экспериментально-психологическое исследование показало позитивную роль реконструктивных операций, как средства психологической реабилитации женщин после мастэктомии.

ПРИМЕНЕНИЕ СЛОЖНО-СОСТАВНЫХ ЛОСКУТОВ С ОСЕВЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНЫХ ЛУЧЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шаповалов С.Г.¹, Скворцов Ю.Р.², Кичмасов С.Х.²

¹ ФГУЗ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС РОССИИ Центр,

² ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

К основным достижениям современной пластической хирургии при лечении местных лучевых поражений можно отнести использование комплексов тканей с осевым кровообращением. Тканевые лоскуты, количество которых непрерывно увеличивается, разнообразны по площади, форме, тканевому составу и могут обеспечить замещение практически любого дефекта. Пластическое закрытие дефектов с их помощью может быть выполнено при перемещении лоскута на сосудистой или мышечной ножке и методом свободной пересадки лоскута с его микрохирургической реваскуляризацией.

На отделение пластической хирургии медицинского центра

ФГУП «Адмиралтейский верфи» и клинике термических поражений Военно-медицинской академии с 1988 года использованы лоскуты с осевым кровообращением у 15 больных в возрасте 36-57 лет в сроки от 2-х месяцев до 2-х лет после комбинированного лечения рака молочной железы. Лучевую терапию получали все 15 пациенток. В отдалённом послеоперационном периоде развилось местное лучевое поражение у 6-ти пациенток. Использованы лоскут на основе широчайшей мышцы спины – торакодорзальный лоскут (ТДЛ), поперечный подпупочный лоскут на основе прямой мышцы живота (TRAM-лоскут).

В 6 случаях осуществлено перемещение несвободного островкового ТДЛ на мышечно-сосудистой ножке. Из них в 2-х наблюдениях для замещения дефектов, образовавшихся непосредственно после мастэктомии, вследствие расхождения краёв раны. Размеры кожной порции лоскутов (от 8 на 10 см до 11 на 9 см) определялся размерами дефектов на грудной клетке. В одном случае у пациентки, получавшей перед мастэктомией лучевую терапию, большая часть ТДЛ погибла, хотя сосудистая ножка не повреждалась. В последствии ей была выполнена пластика расщеплённым кожным аутоотрансплантатом.

При отсроченной реконструкции планирование кожного островка проводилось с учётом ушивания донорской раны в горизонтальную линию и расположением её под бюстгалтером. У всех женщин сформировалось умеренно выраженное нарушение контура спины, связанное с отсутствием мышцы.

У 7 пациенток после комбинированного лечения рака молочной железы выполнено закрытие дефекта подпупочным несвободным TRAM лоскутом. Во всех случаях использована одна мышечно-сосудистая ножка. В одном случае использовался VRAM-лоскут.

Одномоментный перенос лоскута осуществлен у 4 больных. У 1-й пациентки имелся рубец после нижней срединной лапаротомии. Ей выполнена транспозиция половины TRAM-лоскута на ипсилатеральной ножке. У другой пациентки перемещён весь лоскут на контралатеральной ножке. В обоих случаях приживление лоскута полное.

Известно что, в результате недостаточной перфузии может наступить некроз тканей в IV зоне TRAM-лоскута. Для решения этой проблемы некоторые хирурги применяют профилактическое иссечение IV зоны. Однако при этом уменьшается объём лоскута, что может быть нежелательным. Для улучшения кровоснабжения IV зоны мы предлагаем предварительную хирургическую тренировку, предполагая, что это стимулирует коллатеральный кровоток от верхних надчревных сосудов, проходящих в мышечной ножке. Хирургическая тренировка заключалась в поднятии лоскута в проекции II и IV зон до апоневроза передней брюшной стенки. Далее комплекс тканей укладывали на прежнее место и послойно ушивали. Через 2 недели выполняли основной этап: транспозицию лоскута.

Такая тактика реализована у 4-х пациенток. Использован лоскут на контралатеральной ножке. У 3-х из них дополнительно осуществлена микрохирургическая реваскуляризация нижних надчревных сосудов этой же мышечной ножки с сосудами системы подлопаточных сосудов («подкачка»). Их идентификация и выделение из рубцов достаточны сложны. Состояние сосудистой ножки может усугубиться после лучевого воздействия.

В одном случае, когда удалось наложить только венозный анастомоз, имел место краевой некроз лоскута.

При перемещении вышеописанных комплексов тканей на мышечно-сосудистой ножке нет нужды использовать микрохирургическую технику, т.к. расположение дефекта покровных тканей находится в пределах дуги ротации лоскутов. Планируя перемещение островкового лоскута на основе широчайшей мышцы спины, надо всегда помнить о возможности повреждения питающей сосудистой ножки лоскута в ходе предшествующих манипуляций, как при операции, так и в результате облучения. В этом случае даже при наличии относительно четких границ лучевого фиброза, уровень возможного повреждения сосудистого пучка определить практически нельзя. Таким образом, проблема состояния сосудов важна при использовании несвободного ТДЛ на мышечно-сосудистой ножке. TRAM и VRAM лоскуты на мышечно-сосудистой ножке имеет определённые достоинства: несомпромитированная сосудистая ножка, всегда достаточный объём комплекса тканей, донорская рана ушивается в горизонтальную линию.

ВЛИЯНИЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ГРУДИ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

Шаповалов С.Г.¹, Сухопарова Е.П.²

¹ ФГУЗ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС РОССИИ Центр,

² Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Рак молочной железы является самой распространенной злокачественной опухолью встречающийся у женщин. Частота этого заболевания неуклонно увеличивается, достигая максимума в возрастной группе 40-60 лет, причем около 60% больных составляют лица трудоспособного возраста, поэтому потребность в социальной, трудовой и психологической реабилитации таких пациентов велика.

Цель исследования: определить влияние восстановления груди у женщин после мастэктомии как конструктивный механизм психологической реабилитации

Материалы и методы. На базе отделения пластической хирургии медицинского центра ФГУП «Адмиралтейский верфи», Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова и Института протезирования и протезостроения г. С-Петербурга обследовано 34 (100%) женщин в возрасте 34-60 лет в сроки от 4 месяцев и более после комбинированного лечения рака молочной железы. Работу проводили с использованием клинического, анамнестического и экспериментально-психологического методов исследования. Экспериментально-психологическое исследование включало собеседование, методику Спилбергера-Ханина (1972), шкалу самооценки депрессии Цунга (W. Zung, 1981), модифицированную шкалу оценки реактивности.

Результаты и обсуждения. Анализ синдромологической структуры пограничных психических расстройств, выявленных у 97,1% женщин основной группы, позволил выделить 7 облигатных психопатологических синдромов: тревожный, тревожно-депрессивный, депрессивный, ипохондрический, дисморфобический, нозофобический, невротической деперсонализации. У женщин, перенесших радикальную мастэктомию, были выявлены все 7 синдромов. Тревожный синдром после мастэктомии наблюдался у 38,3% женщин, тревожно-депрессивный — у 26,4%, депрессивный — у 14,7%, ипохондрический — у 5,9%, дисморфобический — у 5,9%, нозофобический — у 5,9%. При реконструктивных операциях обнаружено 3 синдрома: тревожный, ипохондрический и нозофобический.

Заключение. Выявлено, что на оси мастэктомия – реконструктивная операция происходит уменьшение количества и изменение качественного состава синдромов: при мастэктомии выявлено 7 облигатных синдромов; при реконструктивных операциях – всего лишь 3 синдрома (тревожный, ипохондрический, нозофобический). Таким образом, изучение клинико-психопатологических соотношений показало, что мастэктомия является наиболее травмирующим фактором и причиной развития психологических нарушений.

ПАТОБИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНУЮ МАСТЭКТОМИЮ

Шихкеримов Р.К., Савин А.А., Вельшер Л.З., Стаханов М.Л., Стулин И.Д., Савин Л.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Введение. Практика показывает, что пациенты, получившие радикальное лечение по поводу рака молочной железы, по-прежнему, не могут считаться здоровыми. Возникающие после радикального лечения функциональные нарушения верхней конечности нередко дополняются значительными биомеханическими и миотоническими нарушениями по-

звоночника.

Цель работы. Изучение биомеханических и миотонических проявлений постмастэктомиического синдрома у больных, перенесших радикальное лечение по поводу рака молочной железы.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 218 больных, перенесших радикальное лечение с применением пред- и (или) послеоперационной лучевой терапии по поводу рака молочной железы, в возрасте от 33 до 69 лет. Всем больным проводили клинико-неврологическое, инструментальное и мануальное обследование.

Результаты и обсуждение. Практически у всех обследованных женщин (94%) после радикального лечения рака молочной железы в той или иной степени выявлялись биомеханические и миотонические нарушения в виде функционального блокирования межпозвоноковых суставов на шейном и грудном уровнях, спазма передней лестничной и верхней порции трапециевидной мышц и сколиотического искривления позвоночника. У большинства больных данные расстройства формировались через 3-5 лет после операции.

Причинами формирования биомеханических нарушений, на наш взгляд, является дисбаланс передней и задней групп мышц грудного отдела, возникающий после удаления молочной железы, малой и большой грудных мышц.

Заключение. Таким образом, полученные нами данные значительно расширяют сложившиеся представления врачей о клинических проявлениях постмастэктомиического синдрома. Своевременное применение адекватных техник мануальной терапии с целью коррекции биомеханических и миотонических нарушений должны быть определяющими в курации больных постмастэктомиическим синдромом.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ 670 БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Щепотин И.Б.^{1,2}, Смоленка И.И.¹, Склад С.Ю., Мотузюк И.Н.², Сидорчук О.И.²

¹ Национальный институт рака

² кафедра онкологии Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца Киев, Украина

Проведено анализ и сравнение результатов лечения 670 больных раком молочной железы IIA, IIB стадий при применении различных методов неoadьювантного лечения.

Больные раком молочной железы IIA стадии (T1N1M0, T2N0M0) были разделены на три группы: в первой неoadьювантное лечение не проводилось, вторая – 2-а курса неoadьювантной полихимиотерапии (НПХТ) по схеме CMF, третья – 2-а курса НПХТ по схеме FAC. Ретроспективный анализ результатов комплексного лечения показал, что общая 5-летняя выживаемость составила (89,71±4,5)% и не выявлено достоверной разницы у пациентов трех групп.

Больные раком молочной железы IIB стадии (T2N1M0, T3N0M0) были разделены на три группы: в первой больные получали 2-а курса НПХТ по схеме FAC, вторая – 4 курса НПХТ по схеме FAC, третья – 2-а курса НПХТ по схеме FAC в условиях локальной гипертермии. Анализ открытого контролируемого рандомизированного исследования показал, что 5-летняя выживаемость больных первой группы составила (70,7±4,1)%, второй- (82,3±3,1)%, третьей- (81,6±3,4)%. Органосохраняющие операции у больных второй группы были выполнены на 14,8% чаще в сравнении с первой, а в третьей – на 19,2% чаще в сравнении с первой группой.

Выводы. Проведение НПХТ у больных IIA стадии рака молочной железы достоверно не увеличивает 5-летнюю выживаемость. При IIB стадии проведение 2-х курсов НПХТ в условиях локальной гипертермии или 4-х курсов НПХТ увеличивает процент выполнения органосохраняющих операций на 19,2% и 14,8% соответственно, а также достоверно увеличивает 5-летнюю выживаемость.

**КОНЦЕПЦИЯ ВЫБОРА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
(РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ 1199 ПАЦИЕНТОК)***Щепотин И.Б.^{1,2}, Смоланка И.И.¹, Мотузюк И.Н.², Сидорчук О.И.²*¹ Национальный институт рака² кафедра онкологии Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца
Киев, Украина

Пластический подход в выборе оперативного вмешательства у больных раком молочной железы позволяет увеличить. Нами оценены результаты лечения 1199 пациенток после органосохраняющих и реконструктивно-пластических операций на молочных железах. Из них: 809 (67,5%) квадрантэктомий с регионарной лимфатической диссекцией и репозицией сосково-ареолярного комплекса, 118 (9,8%) подкожных мастэктомий с эндопротезированием, 135 (11,3%) мастэктомий с первичной реконструкцией железы лоскутом широчайшей мышцей спины или TRAM-лоскутом, квадрантэктомий с редуцированной маммопластикой 137 (11,4%).

При выполнении оперативного вмешательства без коррекции контралатеральной железы у 132 (11%) разница в объемах желез не превышала 15% и не требовала коррекции, но у 683 (57%) наблюдалось значительное отличие объемов, что приводило к трудностям в подборе белья, установки экзоимплантов. В связи с значительной разницей в объемах в 384 (32%) случаях выполнялось оперативное вмешательство на обеих железах. (аугментация или редукция, мастопексия).

Эстетические результаты двусторонних операций сравнивали с таковыми при односторонних вмешательствах по субъективной оценке больными. 375 (98%) пациенток после двустороннего вмешательства и 513 (63%) после одностороннего отмечали эстетический эффект операции, как хороший и очень хороший. Количество осложнений в обеих группах не отличалось.

Таким образом, выполнение корригирующих операций на контралатеральных молочных железах позволяет достичь симметрии молочных желез, не сопровождается увеличением количества послеоперационных осложнений и улучшает психо-эмоциональное состояние и качество жизни в целом.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЛЕГКОГО

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО И ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО

Аматуни С.А., Тер-Погосян З.Р.

Национальный Центр Онкологии Республики Армения,
Ереван, Армения

Имеющиеся на сегодняшний день данные литературы о закономерностях секреции про- и противовоспалительных цитокинов при онкологических заболеваниях достаточно разнообразны и, во многом, противоречивы, поэтому особое значение приобретает оценка цитокинов, от функционального баланса которых зависит направленность иммунного ответа.

Цель исследования – оценка некоторых показателей цитокиновой регуляции иммунного ответа, с одновременным исследованием адоптивного звена иммунитета для выявления возможной связи между сывороточным уровнем, продукцией и популяционными показателями клеток-продуцентов изучаемых цитокинов.

Уровни основных медиаторов I и II типа (ИФН-альфа, ИФН-гамма, ФНО, ИЛ-4), и показатели клеточной иммунореактивности, изучены у 37 больных раком легкого (РЛ) с гистологически верифицированным диагнозом, в процессе комбинированного лечения. На фоне лечения у обследованных больных имело место достоверное увеличение относительного числа CD56+ лимфоцитов, остальные показатели иммунного статуса (CD3+, CD4+, CD8+) к концу лечения незначительно повышались, не достигая, однако, пределов нормы. Нами выявлен выраженный дисбаланс продукции всех четырех изученных цитокинов, выражающийся в повышении сывороточных и индуцированных уровней как иммуносупрессивного ИЛ-4, так и стимулирующих иммунные реакции ИФН-альфа, гамма и ФНО-альфа. Итак, превалирование ИЛ-4 и подавление количественных показателей клеточного иммунитета, продуцирующих медиаторы I типа, позволяют предположить о преобладании у больных РЛ до лечения Th2- направленного иммунного ответа. Сохранение как сывороточных уровней, так и способности к секреции ИФН-гамма и ФНО после лечения, наряду с некоторым увеличением содержания Т-лимфоцитов и достоверным повышением ЕК, с одновременным достоверным снижением ИЛ-4 после лечения, свидетельствует об изменении направленности иммунного ответа в сторону Th-1.

НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ (НАХТ) В ПЛАНЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО (НМРЛ) III A СТАДИИ

Болотина Л.В., Королева Л.А., Дешкина Т.И.

ФГУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена,
Москва.

На протяжении многих лет основным методом лечения НМРЛ остается хирургический. При начальной стадии процесса и отсутствии метастазов в регионарных лимфатических узлах после выполнения радикальных операций 5-летняя выживаемость приближается к 80%. При метастазах во внутригрудных лимфатических узлах этот показатель резко падает и не превышает 50% при N1 и 25% при N2. Особую группу составляют больные с местно-распространенным резектабельным процессом. При метастатическом поражении ипсилатеральных медиастинальных лим-

фатических узлов (N2) 5-летняя выживаемость только после хирургического лечения крайне низка и составляет от 3% до 8%.

Цель исследования - изучить непосредственный эффект НАХТ у больных НМРЛ IIIA стадии (T1-3N1-2M0). Оценить переносимость данной комбинации цитостатиков, влияние на условия выполнения операции. В исследование включено 20 больных (1 женщина и 19 мужчин) в возрасте 44-65 лет.

Материалы и методы - В 1 этапе проводится 2 курса НАХТ по схеме Гемцитабин - 1250 мг/м² в виде 30-минутной внутривенной инфузии в 1 и 8 дни. Цисплатин 75 мг/м² в виде 1-часовой внутривенной в 1-й день с применением стандартной гипергидратации после введения Гемцитабина.

Интервал между курсами 21 день. Во 2 этапе лечения производится оперативное вмешательство: лобэктомия, пневмонэктомия или комбинированная пневмонэктомия с расширенной медиастинальной лимфаденэктомией.

Результаты лечения. Эффективность лечения оценивалась в соответствии с критериями RECIST. У 11(55%) больных отмечена положительная динамика в виде частичной регрессии опухоли, у 6 (30%) стабилизация процесса.

Трое больных лечились без эффекта. Отсутствие выраженных токсических реакций позволило соблюсти запланированные сроки оперативного вмешательства и не повлияло на течение послеоперационного периода.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о достаточно высокой эффективности и хорошей переносимости НАХТ, что позволяет использовать ее в комбинированном лечении больных НМРЛ IIIA стадии.

ЗАМЕЩЕНИЕ ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ ПЕРИКАРДА ТКАНЕВЫМ ИМПЛАНТАТОМ НА ОСНОВЕ НАНОСТРУКТУРНОЙ НИКЕЛИД-ТИТАНОВОЙ НИТИ

*Дамбаев Г.Ц., Топольницкий Е.Б., Гюнтер В.Э.,
Ходоренко В.Н.,
Шеффер Н.А.*

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет,
Томск, Россия

При раке легкого нередко приходится выполнять расширенно-комбинированные операции с резекцией и пластикой перикарда. Для пластики перикарда используют плевру, перикардальный жир или синтетические ткани [Бисенков Л.Н., 2006; Чиссов В.И. и соавт., 2008; Veronesi G. et al, 2001].

Цель исследования. Разработать в эксперименте способ пластики пострезекционных дефектов перикарда тканевым имплантатом из сверхэластичной нити на основе никелида титана (TiNi).

Материал и методы. Эксперимент проведен на беспородных собаках. Выполняли пневмонэктомию с резекцией и пластикой перикарда имплантатом из TiNi. Тканевой регенерат подвергали электронной микроскопии и гистологическому исследованию.

Результаты. Имплантат представляет собой тонкопрофильную ткань, сплетенную по текстильной технологии из сверхэластичной TiNi нити. Пористая чешуйчатая поверхность нити придает ей высокую адаптированность в тканях. Благодаря эффекту смачиваемости и капиллярности поры нити и ячейки имплантата заполняются тканевой жидкостью,

которая удерживается в виде пленки, этим изолируется перикардальная полость от плевральной. Тканевой регенерат прорастет и прочно фиксирует имплантат к перикарду. В области взаимодействия его с перикардом активно формируется соединительная ткань, на внутренней поверхности имплантата происходило восстановление мезотелия. В полости перикарда воспалительная реакция была не выражена и локальна.

Выводы. Имплантат из сверхэластичной TiNi нити является хорошим пластическим материалом и позволяет замещать дефекты перикарда. Вновь образованная ткань прорастает сквозь сетчатый имплантат с формированием в зоне дефекта перикарда единого тканевого регенерата, который не затрудняет работу сердца, обеспечивает анатомо-физиологическое восстановление данной области.

ПРИМЕНЕНИЕ БИОСОВМЕСТИМЫХ ИМПЛАНТАТОВ В ХИРУРГИИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ ДИАФРАГМЫ.

Дамбаев Г.Ц., Попов А.М.

ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет Росздрава»

г. Томск

Введение: Радикальность удаления местно-распространенных опухолей органов грудной полости нередко сталкивает клиницистов с обширными зонами резекций диафрагмы, что само по себе представляет угрозу жизни больного.

Цель настоящего исследования состояла в том, чтобы в эксперименте разработать технологию и изучить закономерность взаимодействия сверхэластичной тонкопрофильной ткани из никелида титана в восстановительной хирургии обширных дефектов диафрагмы.

Материалы и методы: Проведено экспериментальное исследование на 12 беспородных собаках обоего пола. Использована сетка с размером ячейки 100-250 мкм, сплетенные по текстильной технологии из сверхэластичной нити диаметром 50-60 мкм на основе сплава TiNi. Методика замещения обширных дефектов диафрагмы тонкопрофильной тканью на основе сплавов из никелида титана заключалась в следующем (приоритетная справка № 2009124648 от 29.06.2009г.): выкраивали сетчатый имплантат, выступающий за края дефекта на 20 мм, помещали на дефект с брюшной поверхности диафрагмы и фиксировали без натяжения П-образными узловыми швами с длиной стежка 8-10 мм по всему периметру. После завершения пластики диафрагмы плевральную полость и поддиафрагмальное пространство дренировали дренажами с активной аспирацией. Операционную рану послойно ушили.

Животных выводили из эксперимента на 1, 3, 5, 10, 15, 30 сутки и 2, 6, 12 мес. оценивали макроскопические изменения, проводили гистологическое исследование и изучали микроструктуру зоны имплантации на растровом электронном микроскопе Quanta 200 3D.

Заключение: Благодаря биохимической и биомеханической совместимости никелида титана с тканями организма, свойствам удержания жидкости, соединительная ткань со стороны реципиентных областей прорастала сквозь структуру имплантата с образованием в зоне бывшего дефекта единого с имплантационными материалами тканевого регенерата.

ПРИМЕНЕНИЕ ДВУПОРТОВОЙ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СОНОГРАФИЧЕСКОЙ НАВИГАЦИИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ ЛИМФАДЕНОПАТИИ СРЕДОСТЕНИЯ.

Ершова К.И., Кузьмичев В.А., Прищепо М.И., Ахметов М.М., Шабаров В.Л., Мазурин В.С.

Хирургическое торакальное отделение МОНКИ им. М.Ф.Владимирского, Москва, Россия.

Единственным методом верификации диагноза при лимфаденопатии средостения является морфологический. Материал для исследования может быть получен с помощью видеоторакоскопической операции, при отрицательном результате трансбронхиальной биопсии при бронхо-

скопии. Малая инвазивность и косметичность торакоскопии делает данную операцию методом выбора для установления сложного диагноза. Однако, при выполнении торакоскопической биопсии часто отмечаются трудности в выявлении лимфоузлов средостения, особенно при наличии выраженной жировой клетчатки в зоне интереса, мягких и небольших лимфоузлах, когда инструментальная пальпация становится невозможной, а данных РКТ органов грудной клетки недостаточно для интраоперационной ориентации. Реально выполнение биопсии в такой ситуации происходит путем широкой медиастинотомии (паратрахеальной), препаровки клетчатки средостения, что значительно удлиняет продолжительность операции и делает ее более травматичной. Применение интраоперационной эндоскопической сонографии позволяет повысить точность визуализации, сократить время вмешательства и снизить его травматичность.

Проведение биопсии лимфоузлов средостения проводится методом двупортовой видеоторакоскопии, разработанным в отделении торакальной хирургии МОНКИ. При двупортовой видеоторакопии больной находится на операционном столе лежа на спине, операция проводится без стандартной интубации трахеи, а с использованием ларингеальной маски. По окончании вмешательства установка плеврального дренажа не требуется. Снижение травматичности операции позволило достоверно уменьшить степень послеоперационного болевого синдрома и сократить пребывание в стационаре после операции до 1 дня.

РЕКОНСТРУКЦИЯ РЕБЕРНОГО КАРКАСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НИКЕЛИДА ТИТАНА, ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ

Жеравин А.А., Гонтер В.Э., Гарбуков Е.Ю., Жамгарян Г.С.

СО РАМН НИИ онкологии, Томск, Россия

Введение. Основным методом лечения злокачественных новообразований грудной стенки остается хирургический. Особое значение имеет выбор адекватного метода устранения пострезекционного дефекта грудной стенки. К недостаткам существующих методик можно отнести низкую биологическую совместимость применяемых материалов с тканями организма, сложность фиксации. В нашем исследовании были выбраны конструкции из никелида титана.

Цель исследования – расширение возможности комбинированного лечения и улучшение качества жизни больных с рецидивными местно-распространенными злокачественными новообразованиями грудной стенки.

Материалы и методы. В отделении общей онкологии проведено комбинированное лечение 7 пациентам с опухолями грудной стенки с использованием конструкций из никелида титана (TiNiMo). Возраст больных 34-67 лет. Морфологические варианты – рак кожи – 1, саркома – 5, метастаз рака почки – 1. Локализация – передне-верхние отделы грудной стенки. В предоперационном периоде 5 больным проводилась дистанционная гамма-терапия (СОД 40-50 Гр), двоим из них в сочетании с интраоперационной лучевой терапией (РОД 10-15 Гр). Удаление опухоли выполнено в объеме широкой резекции грудной стенки, с удалением 1/2 (3/7), тотального удаления грудины (3/7) и передних отрезков заинтересованных ребер. Площадь дефекта 96-160 см², в среднем – 132,1 см². Использовались никелид-титановые конструкции: ткань с размером ячейки 100-120 мкм и пористо-проницаемыми пластины. В 2 случаях пластика дефекта мягких тканей (максимальный размер 25x15 см) осуществлялась перемещенным и в одном случае свободным торако-дорзальным лоскутом.

Результаты. Течение ближайшего послеоперационного периода в подавляющем количестве случаев (10/11) было гладким. Осложнений воспалительного характера не отмечено. Срок наблюдения больных от 2 мес до 2 лет. Рестриктивные нарушения I-II степени в раннем послеоперационном периоде, (ЖЕЛ 67,3±2,6%), спустя 3 мес вентиляционных нарушений выявлено не было (ЖЕЛ 83,6±2,9%). Больные сохранили способность к самообслуживанию и выполнению обычной физической нагрузки.

Выводы. Таким образом, реконструкция обширных пострезекционных дефектов реберно-грудинного каркаса может с успехом осуществляться пористыми и тканевыми конструкциями из никелида титана.

ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА «ШАРОВИДНЫХ» ОБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКОГО

Кулакеев О.К.

Международный Казахско-Турецкий университет им.Х.А. Яссави,
Областная клиническая больница,
Шымкент, Казахстан

Дифференциальная диагностика «шаровидных» и полостных образований лёгких имеет важное практическое значение и оказывает прямое влияние на эффективность лечения больных и их реабилитацию. Это обусловлено совершенно разной хирургической тактикой при наличии округлых образований и полостей различного генеза. Нередко, применяя весь комплекс современных исследований (включая КТ, сканирование легких, бронхоскопию и трансторакальную игловую биопсию), удается установить нозологический диагноз с определенным или предположительным указанием морфологической природы периферических образований легких только в 60%-76,7% случаев. В то же время игловая аспирационная биопсия противопоказана при паразитарной этиологии (эхинококкоз) периферического шаровидного образования легкого (опасность диссеминации), который является распространенной краевой патологией юга Казахстана.

Частота несовпадения предполагаемого при поступлении и окончательного клинического диагнозов колеблется в пределах 17,6-21,7% при туберкулезе, 18-37% при периферическом раке и при эхинококкозе легкого – 10-35%.

Нами разработана методика определения этиологии отмеченных шаровидных образований легких (наиболее часто встречаемых в нашем регионе) путем хемилюминесценции плазмы крови на приборе ХЛМЦ – 01 «Свет» после 5 мин. инкубации цельной крови со специфическими диагностикумами (эхинококковая жидкость, туберкулин, 10% гомогенат из опухолевой ткани легкого). Всего было обследовано по данной методике 355 больных с округло-овальными затемнениями в легких (эхинококкоз – 186, рак – 97, туберкулема – 72). При увеличении общей светосуммы сверхслабого свечения в 1,5 и более раза по сравнению с контролем диагностируется соответственно добавленному диагностикуму или эхинококкоз, или туберкулез, или злокачественное новообразование (А.С.№1763983 СССР).

Туберкулема данным способом удалось диагностировать у 69 больных, что составило 95,8%, периферический рак – у 90 (92,7%), а эхинококкоз легкого – у 183 больных (98,4%) из 186.

Положительный эффект данного способа заключается, во-первых, тем, что дифференцируется генез шаровидных образований легких, во-вторых, ускоряется (48 раз) и повышается чувствительность диагностики шаровидных образований легких от 10 до 46%.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ С РАСШИРЕННЫМИ ОПЕРАЦИЯМИ БОЛЬНЫХ С НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО II-III СТ.

Манцырев Е.О., Важенин А.В., Лукин А.А., Пашенко А.С., Миронченко М.Н.

ГЛПУ Округной клинический онкологический диспансер.
ГОУ ДПО Уральская государственная медицинская академия
дополнительного образования.
г.Челябинск, Россия

Практически следует признать, что доказана принципиальная возможность и переносимость различных вариантов комбинированного лечения, но объективная оценка их эффективности на достаточно репрезентативном клиническом материале не проведена из – за различий в применяемых методиках.

Целью исследования являлось оценить эффективность проведения комбинированного лечения с применением расширенных операций больным немелкоклеточным раком легкого. Сравнить непосредственные и отдаленные результаты комбинированного и хирургического с применением расширенных и стандартных операций. Определить место расширенных операций в комбинированном лечении НМРЛ. В исследование включено 456 пациентов с раком легкого I- III стадии. Больные были разделены на 4 группы: 1 гр. только хирургическое лечение без расширенных операций; 2 гр. только расширенное хирургическое

лечение; 3 гр. комбинированное лечение, первым этапом выполнялись стандартные операции, вторым – послеоперационная лучевая терапия; 4 гр. с комбинированным лечением, первым этапом лечения выполнялись расширенные операции. Результаты. Нами оценены результаты безрецидивной выживаемости при 3 стадии в группах с комбинированным лечением и комбинированным лечением с расширенным компонентом. Анализ полученных данных показал, что при сочетании расширенных операций и послеоперационной лучевой терапии произошло увеличение безрецидивной выживаемости на 10 месяцев (P<0,06). Анализ общей выживаемости также указывает на отчетливое увеличение при сочетании расширенных операций и послеоперационной лучевой терапии.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ЛОБ- И БИЛОБЭКТОМИИ В РАДИКАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО

Миронченко М.Н., Важенин А.В., Лукин А.А., Лукина Е.Ю., Манцырев Е.О., Пашенко А.С., Гнатюк Я.А.

ГЛПУ Округной клинический онкологический диспансер.
ГОУ ДПО Уральская государственная медицинская академия
дополнительного образования.
г.Челябинск, Россия

Материалы и методы. 135 больных IIб и III стадиями немелкоклеточного рака легкого, которым было выполнено хирургическое вмешательство как этап противоопухолевого лечения или как самостоятельное специальное лечение, распределены на 2 группы. Группа сравнения: произведена пневмонэктомия (n=92) разделена на 2 подгруппы: подгруппа А получила только хирургическое лечение (n=59), подгруппа В получила комбинированное лечение (n=32). Исследуемая группа: произведена комбинированная лоб - или билобэктомия (n=43), тоже разделена на подгруппы: подгруппа С получила только хирургическое лечение (n=25), подгруппа D получила комбинированное лечение (n=18).

Результаты. Подгруппа А: 17 осложнений (12,6%). 5 летальных исходов, послеоперационная летальность - 3,7%. Год пережили 85,9%, 3 года пережили 40,7%, 5 лет пережили 28,8%. Подгруппа В: 3 осложнения (2,2%). Послеоперационной летальности не было в связи с критериями отбора больных в эту подгруппу. Год пережили 75%, 3 года пережили 50%, 5 лет пережили 43,75%. Подгруппа С: 2 осложнения (1,5%), Послеоперационная летальность 0. Год пережили 92%, 3 года пережили 76 %, 5 лет пережили 48%. Подгруппа D: 3 осложнения (2,2%), Послеоперационная летальность 0, Год пережили 88,9%, 3 года пережили 66,7 %, 5 лет пережили 55,5%.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЛЕГКОГО АНТИОКСИДАНТНЫМИ И ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Немцова Е.Р., Кармакова Т.А., Безбородова О.А., Скрипник В.В., Амиралиев А.М., Пикин О.В., Эделева Н.В., Якубовская Р.И., Соболев А.В.

МНИОИ им. П.А. Герцена,
Москва, Россия

Цель - разработка методов корригирующей терапии для снижения количества и тяжести послеоперационных осложнений у больных с опухолями легкого.

Материал и методы. В исследование включены 106 больных со злокачественными опухолями легких, оперированных в МНИОИ им.П.А.Герцена: группа 1 (n=22) – Лапрот (в/в), Галавит (в/м); группа 2 (n=23) – Лапрот (в/в), Имунофан (в/м); группа 3 (n=24) – Церулоплазмин (в/в), Галавит (в/м); группа 4 (n=18) – Церулоплазмин (в/в), Имунофан (в/м); группа 5 (n=19) – группа сравнения без корригирующей терапии антиоксидантными и иммуномодулирующими препаратами.

Результаты. Эффективность снижения количества и тяжести послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений возрастает в ряду использованных схем: лапрот + иммунофан < лапрот + галавит < церулоплазмин + иммунофан (8,7%, 4,5%, 0%).

Частота гнойно-воспалительных осложнений в группе контроля составила 10,5%. Наиболее выраженная корреляция количества и тяжести послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений наблюдается с общим лимфоцитарным показателем (ОЛП), включаемым в себя совокупную оценку абсолютного и относительного количества иммунокомпетентных клеток.

Выводы. Сниженные значения ОЛП у больных до начала лечения указывают на повышенную вероятность развития послеоперационных осложнений.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МРНК РАКОВО-ТЕСТИКУЛЯРНЫХ АНТИГЕНОВ NY-ESO-1 И MAGE-A1-A6 В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЁГКОГО

Пегов Р.Г.¹, Алясова А.В.², Новиков В.В.³, Новиков Д.В.³

¹ ГУЗ Нижегородский областной онкологический диспансер,

² Нижегородская государственная медицинская академия,

³ Нижегородский государственный университет им. Н.И.Лобачевского, Н.Новгород, Россия

Рак лёгкого (РЛ) – актуальнейшая проблема современной онкологии. В настоящее время показано, что в опухолевых клетках инициируется экспрессия генов, кодирующих так называемые раково-тестикулярные антигены (РТА). Экспрессию данных генов определяют по наличию матричной РНК, кодирующей РТА.

Цель работы. Оценка частоты встречаемости мРНК 6 антигенов семейства MAGE A (MAGE-A1-A6) и мРНК NY-ESO-1 в периферической крови больных НМРЛ и МРЛ.

Материалы и методы. С помощью реакции ОТ-ПЦР с использованием специфических праймеров исследовали образцы периферической крови 20 больных НМРЛ и МРЛ. Результаты и обсуждение. Выявили, что в 54,5% случаев присутствует мРНК MAGE-A1-A6, в то время как мРНК NY-ESO-1 определялась в 59% случаев. У NY-ESO-1-позитивных больных РЛ в 76,9% случаев определялась мРНК MAGE-A1-A6. У MAGE-A1-A6-позитивных больных в 83,3% случаев присутствует мРНК NY-ESO-1. Таким образом, у 45,5% больных РЛ в крови присутствуют одновременно мРНК NY-ESO-1 и мРНК MAGE-A1-A6, а у 68,2% больных РЛ в крови присутствует хотя бы одна из исследованных мРНК. На втором этапе работы установили, что мРНК данных РТА определяются на всех стадиях опухолевого процесса независимо от морфологического варианта опухоли.

Выводы. Показана высокая частота встречаемости мРНК MAGE-A1-A6 и мРНК NY-ESO-1 в периферической крови больных НМРЛ и МРЛ, что определяет перспективность их использования в качестве диагностического и мониторингового критерия. Наличие экспрессии данных генов диктует необходимость в проведении комбинированного лечения независимо от стадии опухолевого процесса.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ И ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ В ЛЕГКИХ

Пикин О.В., Трахтенберг А.Х., Колбанов К.И., Глушко В.А., Амриалиев А.М., Вурсол Д.А., Мироненко Д.Е.

МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва, Россия

Цель исследования. Изучить целесообразность видеоторакоскопических операций при метастазах в легких опухолей различных локализаций.

Материал и методы. Торакоскопические и видеоассистированные резекции легких при метастазах выполнены у 50 больных. Солитарный метастаз установлен у 36, единичные – у 12 и множественные – у 2 больных. При субплевральной локализации солитарного метастаза ВТС атипичная резекция выполнена у 33, торакоскопическая средняя лобэктомия – у 2 и анатомическая резекция язычковых сегментов – у 1 больного. При единичных и множественных метастазах (14 больных)

использовали 3 варианта видеоассистированных операций, применяя методику «рука помощи».

Результаты. У больных, которым выполнена торакоскопическая резекция легкого по поводу солитарного метастаза, 1, 3-х и 5-летняя общая выживаемость составила 87,8%±6,2, 54,3%±5,8, 36,8%±6,1, а после открытой операции – 82,3%±5,8, 50,8%±6,3, 34,2%±6,0 соответственно. Достоверных различий как в общей, так и безрецидивной выживаемости у больных оперированных торакоскопически и стандартным доступом не отмечено (log-rank, 0,078).

Выводы. Торакоскопическая операция при субплевральной локализации солитарного метастаза является методом выбора, а отдаленные результаты подобных вмешательств не уступают таковым выполненным открытым способом. При билатеральных метастазах методика видеоассистированного их удаления может быть альтернативой стернотомии и билатеральной торакотомии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ РАКА ПОЧКИ В ЛЕГКИХ

Пикин О.В., Алексеев Б.Я., Амриалиев А.М., Багров В.А., Картовещенко А.С.

МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва, Россия.

Введение. Метастатическое поражение легких при раке почки диагностируют у 15 – 20% больных. Пятилетняя выживаемость у оперированных больных составляет 32 – 48%, а при применении лекарственного лечения не превышает 5%.

Материал и методы. В МНИОИ им. П.А. Герцена оперированы 89 больных с метастазами рака почки в лёгких.

Результаты. После удаления солитарного метастаза 5-летняя выживаемость составила 40,2%±3,2, а 10-летняя – 23,7%±3,1, из них без прогрессирования – 34,5%±2,8 и 20,6%±4,6. Удовлетворительные результаты хирургического лечения единичных метастазов: 5 и 10 лет пережили 37,5%±5,8 и 25,0%±6,7 больных соответственно (без рецидива болезни – 31,2%±6,0 и 10,6%±8,2), что не отличается от таковых при солитарном метастазе. Несколько хуже отдаленные результаты лечения множественных метастазов: пять лет пережили 15,0%±6,1, а 10 лет – 5,0%±3,2, из них без прогрессирования – 10,0%±5,3 и 5,0%±3,2 больных (p<0,05, log-rank). Различия выживаемости у больных солитарным и множественными метастазами статистически значимы. Отдаленные результаты после удаления единичных метастазов превосходят таковые в группе больных оперированных по поводу множественных метастазов (p<0,05, log-rank).

Выводы. Таким образом, операции при метастазах рака почки оправданы, поскольку каждый третий больной с солитарным и единичными метастазами переживает пять, а каждый четвертый – 10 лет. Результаты хирургического лечения множественных метастазов уступают таковым при солитарном поражении, тем не менее, 15,0% больных переживает пятилетний срок наблюдения. Одновременное выявление первичной опухоли и метастаза в легком не является противопоказанием к хирургическому лечению.

ВОЗМОЖНОСТИ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ И МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЛЕВРЫ, ОСЛОЖНЕННЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ПЛЕВРИТОМ

Пикин О.В., Трахтенберг А.Х., Соколов В.В., Филоненко Е.В., Вурсол Д.А., Глушко В.А., Колбанов К.И., Сухин Д.Г., Крылова Г.П., Мироненко Д.Е., Астахов Д.Н., Картовещенко А.С.

ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва, Россия

Введение. Лечение больных с первичным опухолевым (мезотелиома) и метастатическим поражением плевры, осложненным злокачественным плевритом, является актуальной проблемой кли-

нической онкологии. При этой патологии в последние годы находят применение методика фотодинамической терапии (ФДТ).

Материалы и методы. Мы располагаем опытом ФДТ у 60 больных с первичным и метастатическим поражением плевры. Для проведения интраплевральной пролонгированной ФДТ во время видеоторакоскопии (у34) или торакотомии (у11) в плевральную полость устанавливали от 2 до 5 диффузоров. При наличии морфологически подтвержденного злокачественного плеврита у 15 (не оперированных) больных диффузоры устанавливали путем торакоцентеза. Интраплеврально использовали фото-сенсibilизатор «Фотосенс» в дозе 20мг. Первый сеанс ФДТ выполняли через 2-3 часа после введения препарата, последующие с интервалом 24 часа. В зависимости от темпов накопления жидкости проводили от 5 до 7 сеансов ФДТ на фоне активной аспирации плеврита.

Результаты. Сравнительный анализ эффективности новой методики плевротомии и имеющихся (интраплевральное применение блеомицина и литетрациклина) доказал перспективность ее применения: 93,3% против 80% соответственно. Средний срок наблюдения без плеврита в целом 20,1 мес. (max – 38 мес.), на фоне симптоматической терапии – 8,1 мес (19 мес соответственно).

Выводы. Методика пролонгированной интраплевральной фотодинамической терапии у больных злокачественным плевритом, особенно с высокими темпами накопления жидкости, эффективна и позволяет улучшить качество жизни.

СИМУЛЬТАННЫЕ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО С ОТДАЛЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ.

Пикин О.В., Трахтенберг А.Х., Колбанов К.И., Глушко В.А., Зайцев А.М., Филоненко Е.В., Вурсол Д.А., Картовещенко А.С.

ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва, Россия

Введение. Отдаленные метастазы самый неблагоприятный фактор прогноза у больных НМРЛ. При изолированном поражении головного мозга или надпочечника изучается возможность и целесообразность симультанных или последовательных операций.

Материал и методы. Мы располагаем опытом лечения 49 больных НМРЛ: у 30 диагностирован метастаз в головной мозг, у 11 – по плевре, у 7 – в надпочечнике и у 1 – в брыжейке сигмовидной кишки. При одновременном выявлении первичной опухоли и солитарного метастаза в головной мозг (у 22) на первом этапе предпочтение отдавали нейрохирургической операции, а через 4-6 нед. хирургическому лечению рака легкого. Симультанные операции выполнили у 1 больного. У 8 пациентов метастаз из головного мозга был удален в различные сроки после лечения рака легкого. У пациентов с интраоперационно диагностированной ограниченной диссеминацией по плевре циторедуктивную операцию дополняли интра- и послеоперационной фотодинамической терапией. У 5 больных с солитарным метастазом в надпочечник операция выполнена симультанно, у 2 – последовательно.

Результаты. Послеоперационные осложнения у 10,2%, летальность – 4%. Медиана продолжительности жизни после хирургического лечения НМРЛ с метастазом в головной мозг 16,8 мес. Все больные с поражением надпочечника умерли в течение 18 мес. Трое больных с метастазами по плевре и пациент с метастазом в брыжейку пережили 36 мес.

Выводы. Активная хирургическая тактика у селективной группы больных с отдаленными метастазами НМРЛ позволяет увеличить продолжительность жизни и улучшить ее качество.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛЕГКИХ

Пикин О.В., Трахтенберг А.Х., Колбанов К.И., Глушко В.А., Астахов Д.Н.

МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва, Россия

Введение. Проблема выбора оптимальной лечебной тактики у больных с метастазом рака молочной железы в легком остается нерешенной и требует дальнейшего изучения.

Материал и методы. Нами изучены отдаленные результаты хирургического (n=58) и лекарственного (n=29) противоопухолевого лечения 87 больных с метастазами рака молочной железы в легких. 58 больным выполнили 62 оперативных вмешательства. Атипичная резекция легкого выполнена 34 (58,8%), прецизионное удаление – 2 (3,4%), классическая сегментэктомия – 2 (3,4%), лобэктомия – 15 (25,9%) и пневмонэктомия – у 1 больного.

Результаты. Анализ сопоставимых групп показал преимущество хирургического компонента в плане комплексного лечения: 1, 3 и 5-летняя выживаемость составила 87,5%, 46,4% и 25,0%, а после только химиотерапии – 70,4%, 18,5% и 7,4% соответственно. Сравнительный анализ отдаленных результатов лечения в зависимости от количества метастазов показал, что при солитарном метастазе после хирургического лечения 5-ти и 10-летняя выживаемость составила 31,6% и 15,8% (безрецидивная – 25,0% и 10,3%). Химиотерапия в адьювантном режиме способствует достоверному улучшению этих результатов до 42,1% и 18,8% соответственно.

Выводы. Лечебная стратегия при метастазах рака молочной железы в легких должна основываться на комплексном подходе. При солитарной тени всегда необходимо морфологически верифицировать ее характер, поскольку у двух из десяти пациенток диагностируют метастатический периферический рак или доброкачественную патологию. При единичных и множественных метастазах лечение начинают с химиотерапии и лишь при сохранении солитарной или единичных теней решают вопрос об удалении метастазов.

ХИРУРГИЯ ЛЕГКИХ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ САРКОМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.

Рагулин Ю.А., Стародубцев А.Л., Медведев В.Н., Кудрявцева Г.Т., Курильчик А.А., Зубарев А.Л., Медведев Ф.В.

Медицинский радиологический научный центр РАМН, г.Обнинск, Россия.

Введение. В последние годы расширяются показания к использованию оперативного лечения метастазов сарком костей и мягких тканей в легкие.

Материалы и методы. В МРНЦ РАМН с 2004 года у 27 больных с распространенными саркомами костей и мягких тканей выполнено 49 оперативных вмешательств по удалению метастазов в легких с использованием лазерного скальпеля (длина волны 1318 нм). Средний возраст составил 37 лет. 12 больных оперировано с двух сторон, максимальное количество торакотомий у одного больного – 6, 7 больных были первично с метастатическим поражением легких. Комбинированное лечение состояло из полихимиотерапии, дистанционной лучевой терапии на наиболее крупные очаги и операции.

Результаты. Количество определяемых в ходе оперативного вмешательства очагов на 23% превышало число определяемых при спиральной компьютерной томографии. Наибольшее число удаленных метастазов за одну операцию составило 103. Сроки наблюдения за больными с момента первого вмешательства на легких составляют до 75 месяцев. 11 больных умерло от прогрессирования заболевания. Осложнения: у 3 больных пневмония с абсцедированием, у 5 больных стойкий плевроторакс – купированы консервативно. Послеоперационной летальности не было.

Заключение. Прецизионная резекция лазерным скальпелем является адекватным и функционально щадящим методом хирургического лечения метастазов в легких и не сопровождается тяжелыми послеоперационными осложнениями.

**ВОЗМОЖНОСТИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
В ЛЕЧЕНИИ ЭНДОБРОНХИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ.***Рагулин Ю.А., Каплан М.А., Медведев В.Н., Капинус В.Н., Петерс В.В.*Медицинский радиологический научный центр РАМН,
г.Обнинск, Россия.

Цель исследования. Оценить непосредственные клинические, эндоскопические и рентгенологические результаты процедуры фотодинамической терапии (ФДТ) у больных со злокачественными эндобронхиальными опухолями.

Материалы и методы. В клинике МРНЦ РАМН проведена эндоскопическая ФДТ с фотосенсибилизаторами Фотодитазин и Фотолон 53 больным со злокачественными опухолями трахеи и бронхов (центральный рак легкого – 47 больных, рецидив рака пищевода с поражением трахеи – 2 больных, рецидив рака щитовидной железы с поражением трахеи – 1, эндобронхиальные метастазы рака почки, молочной железы, пищевода – по 1).

Результаты. При бронхоскопии через 5-7 дней у 13-ти (24,5%) больных отмечался поверхностный некроз опухоли, у 37-ми (69,8%) глубокий некроз опухоли, у 3-х больных реакции со стороны опухолевой ткани не наблюдалось. При этом же исследовании, выполненном через месяц после ФДТ, у 32 (60,4%) выявлена полная регрессия экзофитного компонента опухоли, у 18 (34,0%) отмечалось уменьшение опухолевого очага, у 3-х больных уменьшения опухоли не выявлено. Положительная рентгенологическая динамика в виде разрешения ателектаза и уменьшения вентиляционных нарушений отмечена в 82% случаев.

Заключение. ФДТ с препаратами Фотодитазин и Фотолон демонстрирует высокую эффективность в лечении эндобронхиальных опухолей, позволяя восстанавливать бронхиальную проходимость, уменьшить выраженность вентиляционных нарушений и симптомов заболевания.

**НЕОДНОЗНАЧНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ
И ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИЙ НМРЛ ЛЕГКОГО
В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.***Трахтенберг А.Х., Пикин О.В., Колбанов К.И.*ФГУ МНИОИ им. П.А.Герцена,
Москва, Россия

Согласно Международной классификации (седьмого пересмотра) рака легкого по системе TNM (2009г), претерпели изменения критерии символов Т и М, что привело к перераспределению групп стадирования: опухоли ≤5см при N1 и >5-7см при N0 перешли из IB во IIA; >7см при N0 – из IB во IIB, а при N1- в IIIA; дополнительный опухолевый узел в той же доле при N0 – из IIB во IIB, а при N1-2 - в IIIA; инвазия в предсердие, аорту, трахею, пищевод, позвонки и др. при N0-1 – из IIB в IIIA; отдельный опухолевый узел в другой доле на стороне поражения – из IV в IIIA при N0-1 и в IIB при N2-3; специфический плеврит и перикардит – из IIB в IV стадию.

Символ N2 остался без изменений, по-прежнему означает лишь факт метастатического поражения средостенных лимфатических узлов, не предусматривая уровень и характер их вовлечения: одна или несколько зон, все группы; микрометастаз или тотальное замещение лимфоидной ткани, порой с выходом за пределы капсулы узла. По нашим данным, пятилетняя выживаемость больных НМРЛ при поражении одной зоны медиастинальных узлов составила 31,6%, а нескольких – лишь 16,2%.

Для корректного научного анализа отдаленных результатов лечения больных НМРЛ, ввиду особенностей клинического течения и прогноза, целесообразно рассматривать отдельно группы пациентов с такими морфологическими подтипами рака, как бронхоолоальвеолярный (БАР) и крупноклеточный. Так при нейроэндокринном и комбинированном крупноклеточном раке ни один пациент не переживает 5-летний рубеж, а при БАР - отдаленные результаты почти в два раза лучше, чем при аденокарциноме (32,4 и 55,3 соответственно).

**МЕДИАСТИНАЛЬНАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ
ПРИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО***Трахтенберг А.Х., Колбанов К.И., Пикин О.В., Глушко В.А.*ФГУ МНИОИ им. П.А.Герцена,
Москва, Россия

Нами изучена частота внутригрудного метастазирования НМРЛ у больных, которым по принципиальным соображениям удалена клетчатка трахеобронхиальной, пара- и субортальной (слева), паратрахеальной и претрахеальной (чаще справа), паразофагеальной, бифуркационной зон и узлов легочной связки независимо от локализации опухоли в долях (подобный объем медиастинальной лимфаденэктомии многие торакальные хирурги считают «расширенным»). Метастазы в средостенных лимфатических узлах были выявлены при T1 - у 13,4%, T2-3 - у 43,4% и T4 - у 58,8% больных. При раке верхней доли справа верхние трахеобронхиальные узлы были поражены у 41,2%, бифуркационные - у 12,4% больных (ретроградное метастазирование), а при локализации слева - в суб- и параортальных - у 34,6%, в бифуркационных — у 11,9%. При раке нижних долей, помимо поражения бифуркационных узлов, у 12,0% выявлены метастазы в верхних средостенных. При отсутствии таковых в бифуркационных у 4,1% справа и у 3,5% слева они наблюдались в верхних средостенных.

Таким образом, удаление клетчатки трахеобронхиальной, бифуркационной, пре- и паратрахеальной, паразофагеальной зон и узлов легочной связки следует считать стандартным объемом медиастинальной лимфаденэктомии.

По показаниям выполняют расширенный объем лимфодиссекции включая наивысшие средостенные, ретротрахеальные и узлы клетчатки переднего средостения.

Вопрос о двусторонней медиастинальной и надключичной лимфаденэктомии при хирургическом (комбинированном) лечении больных НМРЛ требует дальнейшего изучения и научно-практического обоснования.

КАРЦИНОИДНЫЕ ОПУХОЛИ ЛЕГКИХ*Трахтенберг А.Х., Франк Г.А., Колбанов К.И., Пикин О.В.,
Соколов В.В., Седых С.А., Глушко В.А.*ФГУ МНИОИ им. П.А.Герцена,
Россия, Москва

Введение. Карциноид - редкая злокачественная нейроэндокринная опухоль легкого (3,5% среди оперированных).

Материал и методы. В отличие от немелкоклеточного рака карциноидные опухоли легкого имеют преимущественно центральную клинко-анатомическую форму (80,6%); значительно меньшую частоту метастазирования во внутригрудные лимфатические узлы; одинаковую частоту у мужчин и женщин. Средний возраст больных 44,7 года. Большинству удается выполнить органосохраняющие операции (лоб/билобэктомия – у 40,3%, лобэктомия с резекцией и пластикой бронхов – у 30,3%). У селективной группы пациентов центральным типичным карциноидом удается выполнить изолированную резекцию бронха(ов) с моно- или полибронхиальными анастомозами (у 14) или эндобронхо-скопическое лечение (у 28 пациентов).

С учетом степени дифференцировки клеток считаем целесообразным подразделять карциноиды на высоко дифференцированные (типичный – 120 больных), умеренно дифференцированные (атипичный - 45) и низко дифференцированные (анаплазированный – 52), что коррелирует с частотой метастазирования в регионарные лимфатические узлы и показателями отдаленных результатов.

Результаты. Пятилетняя выживаемость в целом составляет 81,0%: при типичном карциноиде - 100%, атипичном - 90%, анаплазированном - 37% (при N0-1).

Выводы. Карциноид - наиболее благоприятно протекающая злокачественная опухоль легкого, различающаяся разным потенциалом злокачественности в виде выраженности инфильтративного роста, темпа прогрессии и способности к метастазированию и хирургической тактики.

ЦИРКУЛЯРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ТРАХЕИ

Трахтенберг А.Х., Решетов И.В., Пикин О.В., Колбанов К.И., Голубцов А.К., Багров В.А.

МНИОИ им. П.А.Герцена,
Россия, Москва

Введение. Реконструктивно-пластические операции на трахее относятся к сложному разделу грудной хирургии ввиду анатомо-физиологических особенностей строения дыхательных путей, высокой степени операционного риска, технической сложности вмешательства, трудностей анестезиологического обеспечения. Методом выбора восстановления проходимости дыхательных путей на сегодняшний день остается прямой анастомоз конец в конец.

Материал и методы. Отделения торакальной хирургии и опухолей головы и шеи МНИОИ им. П.А.Герцена располагают опытом хирургического лечения 37 пациентов с опухолью трахеи и трахеогортанной зоны, которым выполнена циркулярная ее резекция с формированием трахеотрахеального (30) и трахеогортанного (7) анастомоза. У 20 пациентов диагностирована первичная опухоль трахеи (карциноид, плоскоклеточный, аденокистозный, мукоэпидермоидный рак), у 17 - опухоль трахеогортанной зоны (рак щитовидной железы, метастазы в лимфатических узлах шеи), вторично вовлекающая в процесс трахею. При первичных новообразованиях опухоль локализовалась у 24 пациентов в шейном, у 8 - в шейно-грудном, у 5 - в грудном отделе трахеи.

Результаты. У 6 (16,7%) больных на 7-9-е сутки послеоперационного периода отмечено формирование локального микросвища на фоне циркулярного поверхностного некроза слизистой оболочки, что потребовало усиления антибактериальной терапии и проведения эндобронхиальной лазеротерапии с хорошим эффектом. Послеоперационная летальность составила 2,5%.

Выводы. Основными факторами прогноза являются радикальность операции и морфологическая структура опухоли. Общая пятилетняя выживаемость составила 58,3%.

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ

Трахтенберг А.Х.¹, Паршин В.Д.², Пикин О.В.¹

¹ МНИОИ им. П.А. Герцена,
² РНЦХ РАМН
Москва, Россия

Введение. Целесообразность активной хирургической тактики при метастазах в легких остается предметом дискуссии на протяжении многих десятилетий.

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. Всего выполнили 538 операций, из них двусторонних - 40 и повторных оперативных вмешательств - 44 у 33 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%. При DFI < 36 мес. 5-летняя выживаемость составила 20,3%, а при DFI > 36 мес. - 37,9% (p < 0,05).

Выводы. Результаты хирургического лечения солитарного метастаза в легком удовлетворительные. Хирургия как этап комплексного лечения единичных и множественных метастазов в легких допустима, поскольку позволяет добиться 5-летней выживаемости. Ведущими

прогностическими факторами являются локализация и гистологическая структура первичной опухоли, количество метастазов, величина DFI и состояние внутригрудных лимфатических узлов.

АНАЛИЗ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НМРЛ

Черных А.В.

ГУЗ Областная клиническая больница,
Липецк, Россия

Введение. Анализированы 300 радикальных операций из которых 150 выполнялись преимущественно «типичные» или «стандартные» операции - то есть, по Б.Е. Петерсону с соавт. (1971; с.263): «...с удалением клетчатки и подозрительных по метастазированию лимфоузлов корня легкого и средостения». Другим 150 выполнялись операции «расширенные» на путях лимфооттока - то есть с полной медиастинальной лимфодиссекцией на стороне опухоли. Частота расширенных и комбинированно-расширенных операций анализируемых группах составила 94,1%.

Материалы и методы. Расчеты продолжительности жизни выполнены актуарийными методами. Из 300 оперированных в 1990-2009гг 59 пережили 5 лет, 212 выбыли/или еще не дожили до 5-летнего срока. Предлагаемая форма записи числа наблюдений для актуарийного расчета в данном случае: 59/212/300.

Результаты и обсуждение. Показатели 1-3-5-летней выживаемости по Cutler-Ederer (1958) составляют в этой группе 70,7; 41,5; 20,6%. (То есть, 5-летняя продолжительность жизни по фактическим данным - без учета 212 выбывших - составляет 34,9%; а 5 лет может пережить 39,5-49,5% больных.). Среди оперированных в 1990-99 и 2000-09гг число наблюдений составило: 14/126/150; и 45/85/150 соответственно. В этих анализируемых группах отмечено снижение непосредственной летальности (8,5; 5,9%), повышение 1-3-5-летней выживаемости. Она составила, в сопоставляемых группах, за 1 год: 74,6; 95,7%; за 3 года: 45,6; 70,1% и за 5 лет: 10,0; 46,4% (p < 0,01; log-rank test). Прогресс в хирургии достигнут благодаря большему радикализму операций - прежде всего вследствие медиастинальной билатеральной лимфодиссекции.

Положение о том, что расширение границ вмешательства на путях лимфооттока является решающим условием повышения радикализма подтверждается также результатами операций, выполненных при опухолях I стадии. Анализируемые группы составлены из 45/20/150; и 10/10/150 больных соответственно. Различия в этих группах по 1-3-5-летней продолжительности жизни проявились не менее демонстративно, чем при анализе без выделения стадий (p < 0,01; log-rank test). Выживаемость составила: 50,1; 95,9% - за 1 год, 30,1; 90,3% - за 3 года и 10,1; 36,9% - за 5 лет соответственно.

Вывод. Таким образом, именно медиастинальную билатеральную лимфодиссекцию следует считать основным фактором, определяющим совершенствование хирургического лечения немелкоклеточного рака легкого.

ЗНАЧИМОСТЬ ПАРАНЕОПЛАЗИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ

Черных А. В.

Областная клиническая больница,
г.Липецк, Россия

Целью данной работы явилось изучение паранеопластических проявлений у больных РЛ на этапах диагностики, лечения и последующего наблюдения.

Материал и методика. Под нашим наблюдением находились 150 больных РЛ в возрасте от 31 до 78 лет. Мужчин было 146, женщин - 4. С I стадией заболевания было 10 больных, со II - 60, со III - 80 больных. Периферическая форма рака установлена у 39 (26,0%), центральная - у 111 (74,0%) пациентов. Наиболее частой гистологической структурой опухоли был плоскоклеточный рак - 51%, аденокарцинома - 31%, мелкоклеточный рак - в 13% и диморфный рак - в 5% наблюдений.

Результаты и обсуждение. Группу паранеопластических поражений кожи составили 5 пациентов с кожным зудом и один с acanthosis nigricans. Из костно-суставных паранеоплазий встретились: ревматоидный артрит - 5, гипертрофическая остеоартропатия (синдром Бамберга-Мари) - 3 и изолированное утолщение ногтевых фаланг в виде «баранных палочек» - 23 наблюдения. К паранеопластическим маркерам отнесены также лихорадка, устойчивая к противовоспалительной терапии и анемия - при отсутствии гемолиза и кровотечения. Тромбофлебит как паранеопластическое проявление наблюдался у 3 больных. Паранеоплазий эндокринного происхождения - гинекомастия и синдром Иценко-Кушинга - представлены в 1 наблюдении каждая. Одним из основных критериев, является ли данный признак паранеопластическим, считается его корреляция с течением опухолевого процесса - паранеопластические проявления должны исчезать или ослабевать при эффективном лечении и возобновляться или нарастать при прогрессировании онкологического заболевания. Поэтому практически важным было отдельное изучение динамики паранеопластических признаков у 150 радикально оперированных больных. Установлено, что в группе радикально оперированных больных из 77 признаков регрессировали 57 (кожные, суставные, гематологические, сосудистые, лихорадка), что доказывает их паранеопластический характер.

Вывод. Анализ результатов проведенного исследования свидетельствует о том, что злокачественные опухоли легких довольно часто сопровождаются паранеопластическими признаками, проявления которых в большинстве случаев предшествуют установлению диагноза онкологического заболевания и регрессируют после радикальной операции. Знание паранеопластических синдромов можно использовать в качестве клинических маркеров для раннего распознавания и оценки эффективности лечения больных РЛ.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ РАКА ЛЁГКОГО

Черных А.В.

ГУЗ Областная клиническая больница,
г. Липецк

Целью нашей работы явилось оценка результатов хирургического лечения рака лёгкого осложнённого гнойно-деструктивными изменениями.

Материалы. Обобщено более 300 наблюдений за пациентами, оперированными по поводу рака легкого осложненные гнойно-деструктивными изменениями более чем за 10-летний период.

Результаты и обсуждение. Отдельные немногочисленные сообщения об удачном хирургическом лечении больных раком легкого, осложненного гнойно-деструктивными изменениями, опыт, накопленный в нашей клинике, дают основание для пересмотра сложившегося положения. При этом следует признать, что появление и развитие гнойно-деструктивных изменений в легком и грудной полости всегда оказывает весьма существенное влияние на все этапы хирургического лечения таких больных, является основанием для выделения их в особую группу. Проведение целенаправленных лечебных мероприятий, включающих воздействие на местный воспалительный процесс в грудной полости и пораженном опухолью легком (санации, дренирование), курс интенсивной терапии с привлечением специалистов отделения реаниматологии и интенсивной терапии (детоксикация, гемотрансфузии, гипербарическая оксигенация, коррекция местных и общих иммунных расстройств и т. д.) существенно повышают функциональные показатели при повторном обследовании, изменяют представление об операбельности больных. Весьма важным при этом является показатель сроков, в течение которых организм больных способен восстановить, улучшить функционирование основных жизненно важных систем организма. Это во многом определяет содержание лечебных мероприятий, которые в форме преемственных следует планировать в последующем - для обеспечения безопасности операционного и ближайшего послеоперационного периодов.

По нашим данным, крупномасштабные комбинированные и расширенные резекции легких у больных с гнойно-деструктивными изменениями ввиду невозможности четко разграничить воспалительные и бластоматозные изменения в 56% случаев были выполнены у больных с IIIA стадией и, что особенно важно, в 44% - при II стадии развития заболевания. Точную стадию и истинную распространенность опухолевого поражения удалось установить в каждом случае только после детального гистологического изучения опера-

ционного препарата.

Таким образом, в отличие от больных, имеющих неосложненные формы рака легкого, при гнойно-деструктивных изменениях даже в случаях относительно ограниченного распространения опухоли, при II стадии заболевания, вынужденно предпринимаются крупномасштабные расширенные и комбинированные резекции.

Для предупреждения инфекционных осложнений в послеоперационном периоде при выполнении оперативных вмешательств по поводу рака легкого с гнойно-деструктивными изменениями наряду с повышенным соблюдением требований асептики и антисептики используют неоднократное промывание плевральной полости антисептическими растворами. С первых часов пребывания больных в отделении реаниматологии и интенсивной терапии осуществляются в повышенном режиме лечебные мероприятия, направленные на подавление в плевральной полости патогенной микрофлоры, профилактику эмпиемы плевры. При этом используют антибиотики, чувствительность микрофлоры к которым была определена еще в предоперационном периоде, при исследовании микрофлоры очагов гнойной деструкции. Микробиологический контроль плеврального экссудата и соответствующие коррективы антибактериальной терапии выполняются в течение всего послеоперационного периода лечения этой категории больных. Для удобства пролонгированного введения в плевральную полость антибиотиков и антисептических растворов в конце операции, перед ушиванием раны грудной стенки, в ней устанавливали в двух уровнях дренажи. В случаях вскрытия перикарда для предупреждения развития перикардита в нем по задней стенке формировали окно 2 x 2 см.

Одной из отличительных особенностей местного лечения, направленного на предупреждение инфекционных осложнений в плевральной полости после резекции легкого по поводу рака с гнойно-деструктивными изменениями, является обязательное ее промывание растворами антисептиков и антибиотиков через широкопросветный дренаж. Для этой цели такой дренаж сохраняется более длительное время, чем в случаях резекций легкого по поводу неосложненных форм рака - на 3-4 сут.

Общие лечебные мероприятия интенсивной терапии, направленные на коррекцию и стабилизацию функций важнейших систем жизнеобеспечения организма оперированных больных, выполняются в сочетании с местным лечением. Постоянное усовершенствование всей системы послеоперационной интенсивной терапии этой категории больных, ее патогенетическая направленность позволили снизить частоту осложнений и летальность до 11%, что несколько выше, чем у больных, оперированных по поводу неосложненных форм рака легкого (3-6%), но еще имеет ресурс для дальнейшего улучшения.

Изучение отдаленных результатов хирургического лечения больных раком легкого, осложненного гнойно-деструктивными изменениями, показало, что после выполнения им расширенных и комбинированных резекций более пяти лет живут более 46% из имевших II стадию развития заболевания и более 22% - с III стадией болезни.

Вывод. Таким образом, гнойно-воспалительные изменения, возникающие в виде осложнения рака легкого, хотя и отягощают прогноз хирургического лечения этой категории больных, но не являются основанием для отказа от него.

АДЕКВАТНЫЙ ОБЪЁМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НМРЛ

Черных А.В.

ГУЗ «Областная клиническая больница»,
г. Липецк

Прогресс хирургии рака легкого в торакальной клинике связывается, прежде всего, с медиастинальной билатеральной лимфодиссекцией (лимфаденэктомией). Поэтому, сопоставление результатов операций, выполненных без удаления клетчатки и лимфоузлов средостения и операций после внедрения лимфодиссекции в практику представляет интерес для обсуждения путей совершенствования хирургического лечения.

Материалы и методы. Анализированы 300 радикальных операций из которых 150 выполнялись преимущественно «типичные» или «стандартные» операции - то есть, по Б. Е. Петерсону с соавт. (1971; с.263): «...с удалением клетчатки и подозрительных по метастазированию лимфоузлов корня легкого и средостения». Другим 150 выполнялись операции «расширенные» на путях лимфооттока - то есть с полной медиастинальной лимфодиссекцией на стороне опухоли. «Общим этапом... операций... явля-

ется удаление клетчатки и лимфоузлов средостения - трахеобронхиальных верхних и нижних, трахеальных ... передних средостенных (превенозных)» (М.И. Давыдов, Б.Е. Полоцкий, 1994; с.89-90). Частота расширенных и комбинированно-расширенных операций анализируемых групп составила 94,1%. Это наиболее значительное изменение из всех анализируемых параметров стало основной причиной улучшения результатов. Операции 2000-х годов выполнялись при меньших возможностях адаптации и большей распространенности опухолей. Комбинированное лечение проведено только 25,4% больных.

Результаты. Расчеты продолжительности жизни выполнены актуаральными методами. Из 300 оперированных в 1990-2006гг 59 пережили 5 лет, 212 выбыли/или еще не дожили до 5-летнего срока. Предлагаемая форма записи числа наблюдений для актуарального расчета в данном случае: 59/212/300. Показатели 1-3-5-летней выживаемости по Cutler-Ederer (1958) составляют в этой группе 70,7; 41,5; 20,6%. (То есть, 5-летняя продолжительность жизни по фактическим данным - без учета 212 выбывших - составляет 34,9%; а 5 лет может пережить 39,5-49,5% больных.). Среди оперированных в 1990-99 и 2000-06гг число наблюдений составило: 14/126/150; и 45/85/150 соответственно. В этих анализируемых группах отмечено снижение непосредственной летальности (8,5; 5,9%), повышение 1-3-5-летней выживаемости. Она составила, в сопоставляемых группах, за 1 год: 74,6; 95,7%; за 3 года: 45,6; 70,1% и за 5 лет: 10,0; 46,4% ($p < 0,01$; log-rank test). Таким образом, изменения продолжительности жизни обусловлены не специальным отбором больных, не снижением непосредственной летальности (хотя и повлиявшей, разумеется, на итоговые показатели), также как и не противоопухолевым эффектом комбинированного лечения. Прогресс в хирургии достигнут благодаря большему радикализму операций - прежде всего вследствие медиастинальной лимфодиссекции (лимфаденэктомии).

Это подтверждается, прежде всего, снижением частоты прогрессирования процесса, в том числе - его «местных» проявлений. Так, у 68/150 (45,5%) оперированных в 1990х-99х г.г. диагностировано прогрес-

сирование опухоли; при этом, у 39 (26,1%) выявлены «отдаленные» проявления опухоли, в различных органах и тканях; а у 29 (19,4%) - «местные», в зоне ранее выполненного хирургического вмешательства. В 2000х годах частота прогрессирования достоверно уменьшилась и составила только 27/150 (18,1%); при отдаленных проявлениях прогрессирования 20 (13,3%) и местных - 7 (4,7%).

Положение о том, что расширение границ вмешательства на путях лимфооттока является решающим условием повышения радикализма подтверждается также результатами операций, выполненных при опухолях I стадии. Анализируемые группы составлены из 45/20/150; и 10/10/150 больных соответственно. Различия в этих группах по 1-3-5-летней продолжительности жизни проявились не менее демонстративно, чем при анализе без выделения стадий ($p < 0,01$; log-rank test). Выживаемость составила: 50,1; 95,9% - за 1 год, 30,1; 90,3% - за 3 года и 10,1; 36,9% - за 5 лет соответственно. Выраженные различия объясняются тем, что в 1990-99гг, когда расширенные операции не были внедрены в клиническую практику, лимфогенные метастазы оставались нераспознанными при торакотомии, искажали стадийность, а проявлялись при последующем течении заболевания (что занижало отдаленные результаты считавшихся радикальными операций). Показатели изменились как результат выполнения расширенных операций, сопровождавшихся медиастинальной лимфодиссекцией в том числе и «по принципиальным соображениям». Расширенные операции способствовали более точному определению стадий. Кроме того, удаление основных путей распространения опухоли вместе с потенциальными, в том числе клинически еще не определявшимися метастазами, действительно приводило к снижению частоты последующего прогрессирования процесса.

Вывод. Таким образом, именно медиастинальную билатеральную лимфодиссекцию следует считать основным фактором, определяющим совершенствование хирургического лечения немелкоклеточного рака легкого.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ И ОРТОПЕДИЯ

НИКЕЛИД ТИТАНОВЫЕ ИМПЛАНТАТЫ В ОНКОЛОГИИ – НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Аладин А.С., Васильев Ю.С., Чикин В.Н., Сычев В.И., Гузь А.О.

ГЛПУ окружной клинический онкологический диспансер.
ГОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия.
г. Челябинск. Российская Федерация.

Не всегда имеется возможность выполнить реконструкцию утраченной в результате операции части тела или её функции, с этой целью в прошлом веке в онкологии получили распространение никелид титановые имплантаты.

Материалы и методы. В 2009 г у 10 пациентов с опухолями головы и шеи применили никелид титановые имплантаты. Использовали нити, сетчатые и пористые имплантаты. У 6 (50%) больных применили нити. У 3 пациентов после экстирпации нижней губы по поводу плоскоклеточного рака их использовали для «подвешивания» Филатовского стебля, которым формировали нижнюю губу. 3 больным, перенесшим паротидэктомию (2 – рак околоушной слюнной железы, 1 – метастазы меланомы кожи ушной раковины) с помощью нитей выполнили статическое подвешивание мышц ипсилатеральной половины лица. Сетчатые имплантаты применили 3 больным, после ларингэктомии по поводу рака гортани. После ларингэктомии восстанавливали целостность передней стенки глотки Н-образным непрерывным швом на атравматической игле, фиксировали сетчатый имплантат поверх линии Н-образного шва. Пористый плоский имплантат использовали в 1 случае для пластики трахеостомы (ранее была несостоятельность пластики местными тканями) у больного после лучевой терапии по поводу рака гортани. Пористую пластинку размером 3×4 см, ее деформировали по контуру трахеи, размещали на передней полуокружности трахеи, без дополнительной фиксации.

Результаты. Осложнение было у 1 (10%) – формирование глоточного свища.

Выводы. Применение никелид титановых имплантатов в лечении пациентов с опухолями головы и шеи позволяет выполнить реконструктивно-восстановительный этап операции и получить хорошие результаты.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ РАКА МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ В КОСТИ

Бухаров А.В., Тепляков В.В., Карпенко В.Ю.,

ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий,
Москва, РФ.

Цель: продемонстрировать возможности адекватного хирургического лечения пациентов с метастатическим поражением костей при опухолях мочевого пузыря.

Материалы и методы: анализируемую группу составили 38 пациентов (23 женщин, 15 мужчин), в возрасте от 34 до 67 лет. По локализации первичной опухоли пациенты распределились так: рак почки (22), мочевого пузыря (7), предстательной железы (9). У 7 пациентов метастазы

локализовались в длинных костях, у 31 в позвоночнике и костях таза. В зависимости от характера поражения и распространенности заболевания больным выполнялись «открытые» или малоинвазивные вмешательства.

Сегментарные резекции с эндопротезированием выполнены у 4 пациентов, погружной остеосинтез выполнен 3 пациентам, операции на позвоночнике по поводу компрессии спинного мозга с неврологическим дефицитом выполнены у 10 пациентов. 21 больному выполнено 24 малоинвазивных вмешательства (вертебро-, остеопластика и чрезкожная радиочастотная термоабляция).

Средний срок наблюдения составил 13 мес. (от 6 до 28 мес.).

Результаты: после «открытых» операций все пациенты активизированы на 1-5 сутки и после малоинвазивных вмешательств через 2 часа. Отличные функциональные результаты после «открытых» операций получены у 16 (96%). У 19 (90%) пациентов после малоинвазивных операций отмечено уменьшение степени болевого синдрома и улучшение качества жизни. Послеоперационные осложнения составили 8%.

Заключение: хирургические методы онкоортопедического пособия при метастатическом поражении костей позволяют адекватно купировать болевой синдром, улучшить функциональный, неврологический статус и качество жизни больного.

ВАЖНЫЕ АСПЕКТЫ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Вербо Е.В., Неробеев А.И., Кулаков А.А., Буцан С.Б., Перфильев С.А.,
Сомова М.М., Танасов А. Н., Гилева К. Н.*

ФГУ ЦНИИС и ЧЛХ,
Москва, Россия.

Локализация и пространственная ориентация комбинированных дефектов средней зоны лица предопределяет значительные трудности при их пластическом устранении. Используя в своей клинической практике разнообразные виды ревааскуляризованных аутоотрансплантатов мы отмечаем ряд негативных моментов при их использовании – у лучевого лоскута – тонкая костная часть не служила опорой для зубных протезов; хорошо моделируемое ребро не имело надежную, подвижную кожную часть лоскута; ширина подвздошного гребня перекрывала грушевидную апертуру, что препятствовало адекватному носовому дыханию; использование лопаточного лоскута так же имело негативные моменты – при дефектах локализующихся в полости рта встречаются пространственные трудности с расположением сосудов кожной части лоскута в соответствии с сосудистыми ветвями костной части. На наш взгляд оптимальным для реконструкции средней зоны лица является кожно-фасциально-костный малоберцовый аутоотрансплантат.

Целью нашей работы явилось улучшение функциональных и эстетических результатов лечения больных с комбинированными дефектами лица.

Материалы и методы: проанализированы результаты лечения пациентов с обширными комбинированными дефектами средней зоны

СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ОНКОЛОГИИ И СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ.**Данилин Е.И., Вельшер Л.З., Данилин И.Е., Решетов Д.Н., Щербакова В.В., Зискинд Г.А.**Московский Государственный Медико-стоматологический университет
Кафедра онкологии и лучевой терапии
Центральная клиническая больница №2 ОАО РЖД

В практике клинической онкологии нередко имеют место ситуации, связанные с сосудистыми поражениями, которые требуют срочных хирургических вмешательств. При этом возможно как прорастание стенки магистральных сосудов опухолью, так и изолированное их поражение, чаще всего за счет атеросклеротического процесса. Следствием этого могут быть тромбозы, эмболии и аневризматические трансформации сосудов что диктует необходимость одновременного хирургического вмешательства сосудистого хирурга наряду с расширенными комбинированными операциями, позволяющими значительно улучшить онкологический прогноз пациентов. Вовлечение в опухолевый процесс магистральных сосудов значительно ограничивает возможности комплексного радикального лечения онкологических больных ввиду реальной возможности непредвиденных осложнений в послеоперационном периоде: тромбоземболии легочной артерии, тромбоза магистральных артерий, разрыва аневризмы аорты и др. В настоящее время мы располагаем опытом одновременного хирургического лечения 10 больных при сочетанных опухолевых поражениях органов брюшной полости и забрюшинного пространства, а также сосудистой патологии. Данные о характере заболевания и выполненных операциях представлены в таблице.

| Конкурирующие заболевания | КОЛ-ВО БОЛЬНЫХ | ХАРАКТЕР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ |
|---|----------------|--|
| Рак почки+тромбоз нижней полой вены | 5 | Нефрэктомия + тромбэктомия из нижней полой вены |
| Рак почки+аневризма брюшного отдела аорты и подвздошных артерий | 1 | Нефрэктомия+резекция аневризмы, бифеморальное аорто-бедренное протезирование |
| Рак почки+аневризма брюшного отдела аорты | 3 | Нефрэктомия+резекция аневризмы, протезирование аорты линейным сосудистым протезом |
| Рак желудка+аневризма брюшного отдела аорты | 1 | Гастрэктомия+резекция аневризмы, протезирование аорты линейным сосудистым протезом |

У одного больного с опухолью почки и аневризмой брюшного отдела аорты произошел спонтанный разрыв аневризмы в процессе операции при мобилизации почки, что потребовало экстренного вмешательства и протезирования аорты. Таким образом, мы считаем, что необходимость одновременного оперативного вмешательства у вышеуказанного контингента больных диктуется витальными показаниями. Выбор объема оперативного вмешательства у онкологических больных с сочетанной сосудистой патологией зависит преимущественно от степени риска предполагаемой операции с учетом сопутствующих заболеваний и их коррекции.

СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.**Данилин Е.И., Вельшер Л.З., Данилин И.Е., Решетов Д.Н.**Московский Государственный Медико-стоматологический университет
Кафедра онкологии и лучевой терапии

Вопросы хирургического лечения онкологических больных представляют большие трудности. Наиболее трудной проблемой онкохирургии является лечение опухолей во взаимосвязи с магистральными сосудами. Еще сравнительно недавно данный факт ставил под сомнение возможность радикального хирургического вмешательства, и больных в подобных случаях относили к категории неоперабельных. По данным ряда авторов радикальные операции удается выполнить не более чем у 48% больных, во всех остальных случаях отказ от операции обусловлен, главным образом, прорастанием опухолью крупных кровеносных ство-

лов. Опасность ранения сосудов и высокий риск возникновения ишемических нарушений при этом являются основным поводом для отказа от операции.

Необходимость выполнения реконструктивно-восстановительных операций на сосудах при радикальном удалении новообразований различной локализации подчеркивается многими исследователями. Такой подход в отношении сосудов, вовлеченных в опухолевый процесс, находит широкую поддержку со стороны хирургов-онкологов.

Одним из грозных осложнений, возникающих в процессе удаления доброкачественных и злокачественных опухолей, является ятрогенное повреждение артерий и вен, возникающее при попытке радикального удаления опухоли. По данным М.Д. Князева оно происходит в 21,8% случаев, а смертность от ятрогенных повреждений сосудов составляет 13,7%.

Особенно часто отмечается вовлечение в онкологический процесс магистральных сосудов при опухолях шейной локализации. Это могут быть опухоли щитовидной железы, лимфосаркомы, метастазы рака гортаноглотки, хемодектомы шеи. В силу особенностей анатомического расположения хемодектомы всегда находятся в тесной взаимосвязи с сонными артериями, черепно-мозговыми нервами, основанием черепа и глоткой. Основной особенностью их роста является склонность к циркулярному охвату сонных артерий и тенденция к распространению вдоль сосудистого пучка к основанию черепа. В связи с этим их удаление всегда сопряжено с большими техническими трудностями и возможным повреждением артерий и нервов.

Определенную сложность представляют диагностика и лечение больных с опухолями забрюшинного пространства. В ряде случаев рост опухолей в рыхлой забрюшинной клетчатке протекает бессимптомно, незаметно для больного. Иногда первыми признаками опухолей подобной локализации является появление сосудистой симптоматики вследствие сдавления или прорастания их в крупные артерии и вены (аорту и нижнюю полую вену). Так, прорастание опухоли в почечную вену при раке почек встречается в 15% случаев, в нижнюю полую вену – у 9% больных. Частота локального метастазирования в нижнюю полую вену составляет от 4 до 12%, однако в последние годы отмечается отчетливая тенденция к увеличению этого прогностически неблагоприятного фактора. Если раньше считалось, что опухолевый тромбоз нижней полой вены указывает на неоперабельность и плохой прогноз, то в настоящее время эта точка зрения меняется в связи с успехами сосудистой хирургии.

Внедрение методики сосудистых операций позволяет увеличить число органосохраняющих операций, улучшить качество жизни онкологических больных и прогноз операций в целом.

ВАРИАНТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ КРЕСТЦА**Жуковец А.Г., Бабкин А.В., Богдаев Ю.М., Касюк А.А., Орехов В.Ф.**1 ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»,
2 ГУ «Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии»
Лесной-2, Минский р-н, Республика Беларусь

В сообщении представлено редкое клиническое наблюдение злокачественного варианта течения гигантоклеточной опухоли крестца у пациентки 22 лет. При поступлении в стационар у больной имела место гиперваскулярная опухоль крестца размерами 10×9×8 см, поражающая позвонки S2-S5 и копчик. Ввиду гиперваскулярного характера новообразования были произведены ангиография органов малого таза и эмболизация питающих опухоль сосудов. На следующие сутки была выполнена резекция крестца с опухолью на уровне S1 и обоих крестцово-подвздошных сочленений. Гистологически верифицирована гигантоклеточная опухоль крестца без признаков малигнизации. В края отсечения от крестцово-подвздошного сочленения – рост опухоли. От проведения послеоперационной лучевой терапии пациентка отказалась. При контрольном обследовании через 3 мес. данных за продолжение роста опухоли не выявлено. Через 6 мес. при очередном контрольном обследовании по данным магнитно-

резонансной томографии был выявлен продолженный рост опухоли в малом тазу с вовлечением подвздошных сосудов справа, прямой кишки, тромбозом общих подвздошных вен и нижней полой вены. На фоне назначенной пролонгированной антикоагулянтной профилактики варфарином пациентке было проведено химиолучевое лечение (2 курса полихимиотерапии по схеме авастин+доксорубин и лучевая терапия). Через 1 мес. после завершения лечения при магнитно-резонансной томографии были выявлены дальнейшее прогрессирование опухолевого процесса в малом тазу, опухолевый стеноз прямой кишки и интрадуральный метастаз в области медуллярного конуса.

Ключевые слова: гигантоклеточная опухоль, крестец, злокачественное течение.

УСТРАНЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ

Жуковец А.Г., Овчинников Д.В., Дзержинский И.Э.

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

Введение. С целью устранения обширных дефектов покровных тканей дистальных отделов нижних конечностей применяют различные варианты пластики при этом наиболее широко используется микрохирургическая аутоотрансплантация.

Цель работы. Оценить эффективность различных вариантов пластики у пациентов с опухолями кожи и мягких тканей дистального отдела нижних конечностей.

Материал и методы. У 171 пациента после удаления опухоли образовавшийся обширный дефект мягких тканей на стопе (93 наблюдения) и голени (78 наблюдений), закрывался свободными васкуляризованными лоскутами (зубчатая мышца, торакодорзальный, параскапулярный) и лоскутами на сосудистой ножке (медиальный подошвенный, тыльный лоскут стопы, икроножный, сафено-суральный).

Результаты. У группы пациентов с перемещенным лоскутом на сосудистой питающей ножке (80 человек) осложнения наблюдались в 4 (5%) случаях в виде краевого некроза лоскута, частичного расхождения швов, гематомы. Приживление лоскутов имело место в 100% случаев. В группе пациентов с аутоотрансплантацией васкуляризованного лоскута (89 человек) осложнения наблюдались у 11 (12%) пациентов (краевой некроз лоскута – 2, расхождение швов – 1, тромбоз сосудов лоскута – 8. Из них у 6 (7%) пациентов пересаженный лоскут некротизировался. В последующем выполнялась повторная пластика.

Заключение. Использование лоскутов на сосудистой питающей ножке с целью устранения кожно-мягкотканевых дефектов дистальных отделов конечностей в большинстве случаев является хорошей альтернативой микрохирургической аутоотрансплантации.

БИОПСИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПОЗВОНОЧНИКА

Жуковец А.Г., Касюк А.А.

Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова Минск, Республика Беларусь

Введение. Биопсия у больных с опухолями позвоночника позволяет уточнить диагноз и выработать тактику лечения.

Цель исследования. Проанализировать результаты биопсий у пациентов с рентгенологической картиной опухолевого поражения позвоночника.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили данные медицинских карт 50 онкологических пациентов, которым была выполнена биопсия патологического очага в позвоночнике. У 88% пациентов была открытая биопсия. 3 пациентам с опухолями верхнешейного отдела позвоночника была выполнена открытая биопсия под контролем навигационной станции (2 – трансоральная, 1 – трансназальная). У 84% имелось солитарное поражение позвоночника, у 16% – диссеминиро-

ванное

Результаты. Из 50 пациентов злокачественное поражение позвоночника было выявлено у 78% (первичные опухоли – 8%, метастазы солидных опухолей и миелома – 40% и 30% соответственно). Доброкачественный характер поражения был установлен у 22% больных.

В группе пациентов с солитарным поражением позвоночника у 38% были выявлены метастазы солидных опухолей, у 31% – миелома. Среди больных с одиночными метастазами в позвоночнике доминировали пациенты с метастазами рака (82%). Осложнения после биопсии были у 4% пациентов.

Выводы. 1. У каждого 5-го пациента было установлено доброкачественное поражение позвоночника. 2. Среди больных с солитарным поражением позвоночника преобладали пациенты с метастазами солидных опухолей (38%). 3. У каждого третьего пациента с одиночным вертебральным очагом поражения была выявлена миелома.

Адрес: 223040 п. Лесной, Минский район, Республика Беларусь, ГУ РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова отдел реконструктивно-восстановительной хирургии

КОСТНЫЙ ИНЖИНИРИНГ И НАПРАВЛЕННЫЙ СИНТЕЗ НОВЫХ ОРГАНОМИНЕРАЛЬНЫХ БИОКОМПОЗИТОВ ФОСФАТ КАЛЬЦИЯ/ПОЛИМЕР ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ИМПЛАНТАТОВ

Захаров Н.А., Сенцов М.Ю., Захарова Т.В., Калинин В.Т.

Институт общей и неорганической химии им. Н.С. Курнакова РАН, Москва

Приведены результаты создания методов направленного синтеза биосовместимых материалов, моделирующих состав и свойства костной ткани и перспективных для использования в качестве костных имплантатов, на основе фосфатов кальция и полимеров (синтетических и природных: полисахаридов и протеинов). Изложены подходы, позволяющие симулировать процессы биоминерализации, имеющие место при остеогенезе, в ходе экспериментов *in vitro* при синтезе наноразмерных органоминеральных композитов – аналогов костной ткани.

На основе методов физико-химического и биохимического анализа (химический анализ, РФА, ЭСХА, ИКС, ДТА, ДТГ, СЭМ, ПЭМ, взаимодействие с нативными объектами (*in vitro*, *in vivo*) – клетки, нативные ткани, подопытные животные) проанализировано влияние условий и последующей обработки на свойства органоминеральных композитов (включая характеристики биосовместимости).

Изучены особенности самоорганизации в биосовместимых наноразмерных органоминеральных композиционных материалах на основе фосфатов кальция и полимеров, моделирующих состав костной ткани, исследовано влияние состава, особенностей получения и гранулометрического состава таких материалов на характеристики химической стойкости, биорастворимости и биосовместимости.

Проведены испытания новых перспективных наноразмерных материалов на живых объектах.

Работа выполнялась при частичной поддержке РФФИ (гранты 06-04-08115, 08-08-00338) и Фондов Программ Президиума РАН (ФНМ) и ОХНМ РАН.

ХАРАКТЕРИСТИКИ РАСТВОРИМОСТИ БИОСОВМЕСТИМЫХ ФОСФАТОВ КАЛЬЦИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ГРАНУЛОМЕТРИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК И ОСОБЕННОСТЕЙ РАСТВОРИТЕЛЯ

Захаров Н.А., Сенцов М.Ю., Захарова Т.В., Калинин В.Т.

Институт общей и неорганической химии им. Н.С. Курнакова РАН, Москва, Россия

Характеристики растворимости биосовместимых фосфатов кальция имеют решающее значение для их использования в медицинской практике. Поиск факторов, оказывающих влияние на ре-

зорбцию имплантата на основе фосфата кальция, находится в ряду основных фундаментальных направлений исследований биосовместимых материалов и тесно связан с практическим использованием материалов для имплантатов.

Обсуждаются результаты создания методов направленного синтеза:

- биосовместимого гидроксиапатита кальция (ГА) в виде наноразмерных и мелкокристаллических порошков;
- наноразмерных органоминеральных композитов на основе ГА и полимеров.

Приведены результаты анализа влияния условий синтеза на физико-химические и биохимические характеристики продуктов синтеза с использованием методов физико-химического анализа (химического, РФА, ЭСХА, ИКС, ДТА, ДТГ, СЭМ, ПЭМ) и биохимических методов (*in vitro*, *in vivo*) (взаимодействие с нативными объектами, клетками, экспериментальными животными).

Изучено влияние

- гранулометрического состава ГА на характеристики его растворимости в воде и симулирующих растворах;
- кислотности среды на растворимость синтетического ГА.

Проведено сравнение характеристик растворимости синтетических фосфатов кальция (ГА), биогенных препаратов (дентин, эмаль и цементное вещество зуба) и природных апатитов Хибинского месторождения.

Работа выполнена при частичной поддержке РФФИ (гранты 06-04-08115, 08-08-00338) и Фондов Программ Президиума РАН (ФНМ) и ОХНМ РАН.

МЕСТО ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ХОРДОМЫ КРЕСТЦА

**Зиновьев М.Е., Балберкин А.В.,
Соколовский В.А.**

ФГУ ЦИТО им. Н.Н. Приорова Росмедтехнологий,
НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН,
Москва, Россия

Несмотря на то, что хордома является нечувствительной к лучевой воздействию опухолью, в наших клиниках у больных с хордовой крестца хирургическая резекция крестца комбинировалась с лучевой терапией. Целью данного исследования были изучение и оценка результатов хирургического и комбинированного методов лечения у 68 больных хордовой крестца. Мужчин было 46 (67,6%), женщин – 22 (32,4%), средний возраст больных составил 49,12±1,5 года. Хирургический метод как самостоятельный применялся у 43 больных (I группа), 29 пациентам проводилась комбинированная терапия (II группа). 12 человек в рамках предоперационной подготовки были направлены на лучевую терапию суммарной очаговой дозой 50-60 Гр. в среднем за 1 мес. до планируемой операции. 7 пациентов получали лучевую терапию по месту жительства до поступления в наши клиники. 10 пациентов после операции были направлены на лучевую терапию. Суммарная очаговая доза составляла 44 – 66 Гр. Выживаемость у пациентов I группы больных 5-летняя $P_{5-лет} = 72 \pm 7,7$, 10-летняя $P_{10-лет} = 15 \pm 6,1$; во II группе показатель выживаемости составил 5-летняя $P_{5-лет} = 92 \pm 5,1$; 10-летняя $P_{10-лет} = 48 \pm 9,4$. Разница в показателях 5-летней ($t=2,15$; $p<0,05$) и 10-летней ($t=2,95$; $p<0,01$) статистически достоверны. Безрецидивная выживаемость пациентов I группы $P_{R1} = 52 \pm 8,6\%$, II группы – $P_{R1} = 68 \pm 8,8\%$ ($t=1,33$; $p>0,1$), что статистически недостоверно. Очевидно, что лучевая терапия в нашем исследовании оказывала положительное влияние на частоту рецидивирования хордомы, позволяла провести профилактику локорегионарного рецидива и отдаленного метастазирования. В предоперационном периоде в результате облучения хордомы крестца происходит ее девитализация.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОРАДИОНЕКРОЗОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

**Исаев П.А., Медведев В., Пасов В.В., Семин Д.Ю.,
Дербугов Д.Н., Польшин В.В.**

Медицинский радиологический научный центр РАМН,
Обнинск, Россия

Введение. После проведения комплексного лечения злокачественных опухолей челюстно-лицевой области у 7-10% больных развиваются лучевые повреждения мягких тканей и нижней челюсти.

Цель работы. Реабилитация больных с остео радионекрозом нижней челюсти.

Материалы и методы. 18 больных с остео радионекрозом нижней челюсти возникшими после проведения лучевой терапии (СОД от 60 до 100 Гр). У 12 (66,7%) больных объем операции ограничивался резекцией нижней челюсти с включением поврежденных мягких тканей дна полости рта и языка и с сохранением ментального отдела. У 6 (33,3%) пациентов с распространенным остео радионекрозом нижней челюсти выполнялись расширенно-комбинированные операции включающие нижнюю челюсть с экзартикуляцией и окружающие мягкие ткани слизистой оболочки полости рта и ротоглотки. Для устранения образовавшихся дефектов у 3 (16,7%) больных были использованы шейные, у 8 (44,4%) – дельтопекторальные и у 3 (16,7%) тороко-дорсальные лоскуты на питающей ножке. У 4 (22,2%) больных использовано сочетание этих лоскутов.

У 13 из 18 больных получены удовлетворительные функциональные и косметические результаты пластики. В остальных 5 наблюдениях отмечалось нарушение кровоснабжения в дистальной части лоскута, что явилось частичным некрозом ткани.

Заключение. При локализации дефектов в пределах ветви, угла и тела нижней челюсти возможно использование тканевых комплексов с боковой поверхности шеи, с передней и боковой поверхности грудной клетки, в различных модификациях, что обеспечивает удовлетворительные косметические и функциональные результаты.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ В СОЧЕТАНИИ С ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ (ИОЛТ) В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ САРКОМ КОСТЕЙ

**Курильчик А.А., Кудрявцева Г.Т., Мардынский Ю.С., Зубарев А.Л.,
Стародубцев А.Л., Хмельевская В.Н.**

МРНЦ РАМН,
Обнинск, Россия

Цель исследования: улучшить результаты комплексного лечения сарком костей путем использования в схеме лечения ИОЛТ.

Материалы и методы: В МРНЦ РАМН 34 больным остеогенной саркомой 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. Энергия электронного пучка колебалась то 8 до 25 Мев. Дефект замещался индивидуальными эндопротезами. В контрольной группе у 37 пациентов применялась предоперационная лучевая 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, нео- и адьювантные курсы ПХТ и удаление опухоли с пластической реконструкцией дефекта. Анализ осложнений раннего послеоперационного периода в группах существенных различий в структуре и общем количестве местных осложнений не выявил. В течение трехлетнего срока наблюдения частота местных рецидивов в контрольной группе больных составила 16,2%, в то время как в группе, с применением ИОЛТ местные рецидивы не выявлены ни у одного больного.

Выводы: комбинированный метод с применением ИОЛТ позволяет расширить показания для выполнения органосохраняющих операций у больных саркомами длинных трубчатых костей и показывает высокую эффективность для достижения стойкого локального контроля.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИ - ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ, У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗЕКЦИЯМИ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ.**Нуриева Н.С.**

ГЛПУ Окружной клинический онкологический диспансер.
 ГОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия.
 г. Челябинск. Российская Федерация.

Актуальность: Восстановление дефектов челюстных костей, и зубных рядов, после хирургического лечения опухолей оро-фарингеальной зоны, является задачей ортопедической стоматологии. В качестве формирующих и замещающих протезов часто используются частичные пластиночные протезы, которые имеют множество положительных свойств, просты в изготовлении, но могут не очень надежно фиксироваться в следствие нарушенной анатомии протезного ложа, и зачастую малого количества оставшихся зубов. Возможность использовать мини - дентальные имплантаты в качестве фиксаторов и стабилизаторов для формирующих и замещающих протезов применена нами у пациентов с послеоперационными дефектами челюстных костей.

Материалы и методы: фиксация и стабилизация замещающих протезов мини дентальными имплантатами осуществлена у 3 пациентов. 2 с частичной резекцией нижней челюсти, и 1 с резекцией верхней челюсти справа. При полном отсутствии зубов на оставшейся части.

Результаты и обсуждения: все пациенты перенесли установку мини дентальных имплантатов удовлетворительно. Установка производилась под местной анестезией, в условиях стоматологической поликлиники. Все мини дентальные имплантаты, в этот же день введены в функцию. Фиксация замещающих протезов пациентами отмечается как «хорошая». В настоящее время изучаются варианты установки мини имплантатов, непосредственно в ходе операции.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯЗЫКА С ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ОСТРОВКОВЫМ КОЖНЫМ ЛОСКУТОМ.**Письменный В.И. Письменный И.В.**

Самарский государственный медицинский университет
 Самарский областной клинический онкологический диспансер
 Г. Самара.

Введение. Лечение злокачественных опухолей языка представляет собой сложную задачу и много не решенных вопросов. В адекватном планировании реконструктивного этапа заложена предполагаемая возможность максимально сконструировать и восстановить удаленный орган, таким образом сделать первый шаг для первичного заживления и повышения качества жизни.

Материалы и методы. Важная роль отводится кожным и слизистым доступам, он должен хорошо обеспечивать доступ к патологическому очагу, максимально физиологичным, соблюдая при этом эстетические нормы. На первый план выходит максимально полное восстановление анатомии и функции резецированного органа.

Результаты и их обсуждение. Проведено исследование возможностей использования кожно-мышечного лоскута на мышцах расположенных ниже подъязычной кости для замещения обсуждаемых дефектов. Функциональные результаты при использовании кожно-мышечного лоскута на передних мышцах шеи наиболее предпочтительны, чем при использовании других видов пластики. Использование артериализированных кожно-мышечных лоскутов на передних мышцах шеи при замещении сложных дефектов языка и позволяет получить хороший функциональный результат с отсутствием деформаций шеи и лица, раннее восстановление приема пищи, речевой и дыхательных функций.

Выводы. Проведенный анализ 153 истории болезни, больных после реконструктивно-восстановительных операций, восстанавливающих объем и форму языка, непосредственно связанных с ранними послеоперационными осложнениями и возможностями реабилитации привел к необходимости восстановить форму и объем пораженного

опухолью органа. Реконструкция языка, создает благоприятные условия для медицинской, трудовой, социальной реабилитации сложной группы больных с опухолями орофарингеальной зоны, позволяет провести противоопухолевое лечение и вернуть больного в семью и общество с высоким качеством жизни.

ПАНОВАЯ ФАРИНГОСТОМА СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ЕЁ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОРТАНИ.**В.И.Письменный, Е.П.Кривошеков, И.В.Письменный**

Самарский областной клинический онкологический диспансер,
 Самарский Государственный медицинский университет
 Г. Самара

Задача исследования. Определить показания и способ формирования плановой фарингостомы на этапе хирургического лечения рака гортани после радикальной лучевой терапии.

Материалы и методы. В исследование включены 63 больных, пролеченные хирургическим методом по поводу рака гортани после лучевого лечения в радикальной дозе. Все больные мужского пола в возрасте от 41 до 82 лет. 28 пациентов оперировано по поводу рецидива опухоли гортани после радикальной лучевой терапии в сроки от 1 месяца до 4,5 года.

Результаты и их обсуждение. Сроки заживления в обеих группах от 14 до 21 суток, т.е. до снятия носо-пищеводного зонда и восстановления приема пищи через рот. Безусловно, важный момент при операции экстирпация гортани это восстановление целостности глотки и пищевода, наличие состоятельности швов слизистой оболочки неоглотки. Больные после расширенных и комбинированных экстирпаций гортани, пользующиеся трахеостомой, осложненные хондроперихондритом, имеющие сопутствующую патологию часто заживают вторичным натяжением. Основными факторами, влияющими на заживление: расширение объема операций, воспалительные процессы в гортани, явления сохранившегося воздействия лучевой терапии, оперативная техника выполнения самой операции и пластика глотки и пищевода. Во всех случаях пластики глотки нами использована техника подслизистого узлового шва со сложным дизайном линии ушивания, дополненный мышечной дубликатурой. Предложенный подход к пластике глотки сократил появление осложнений в виде свищей и фарингостом менее 1%. У 17 пациентов нами сформирована плановая с прогнозируемым ходом стомированного тоннеля, создав условия для заживления первичным натяжением, снятия напряжения слизистой оболочки неоглотки и благоприятных местных условий для дальнейшего закрытия фарингостомы. В остальных случаях, используя метод пластики пищевода и глотки добились первичного заживления эзофаго-фарингеального комплекса.

Выводы. Отсутствие методик формирования плановых фарингостом, сведение сложной технологии пластики к простому подшиванию слизистой глотки к коже шеи создает впечатление, что этот путь выбора удлиняет сроки хирургического лечения больных с осложненными опухолями гортани. Далеки от совершенства показания для формирования плановых эзофаго и фарингостом, но и крайне ошибочно при наличии выше перечисленныхотягощающих факторах рассчитывать на первичное заживление. Плановая эзофаго и фарингостома может явиться более быстрым путем в реабилитации больного нежели одномоментная пластика и получение всего перечня осложнений при несостоятельности глотки. Наличие трахеостомы, лучевой реакции на коже, хрящах и слизистой, выраженная общая соматическая патология примерно в каждом втором случае является показанием для формирования плановой эзофаго или фарингостомы.

РАК ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА, СПОСОБ РЕКОНСТРУКЦИИ.**Письменный В.И., Осокин О.В., Письменный И.В.**

Самарский областной клинический онкологический диспансер.
 Самарский государственный медицинский университет.

Введение. Рак шейного отдела пищевода изолированно редко встречается как самостоятельное заболевание, а поражение опухолевым процессом за счет распространенного опухолью рядом находящихся органов, таких как гортань, щитовидная железа, глотка имеет большую распространенность в клинической онкологии. Первично распростра-

ненные опухоли гортани, глотки, щитовидной железы распространяясь на шейный отдел пищевода, имеют особенности клинического течения. Начало специального лечения необходимо спланировать таким образом, чтобы восстановить необходимые функции организма и удалить опухоль. Хирургический метод на первом этапе может разрешить сложившуюся ситуацию. Удаление пораженного органа, вторично измененной клетчатки, возникает нерешенная задача, как поступить с дефектом пищевода шеи, чем ограничиться в вопросах восстановления пищевода проводящей функции.

Материалы и методы. Пролечен 41 больной, первичный рак пищевода был диагностирован у 6 больных в возрасте от 42 до 67 лет, вторично поражение шейного отдела пищевода при первичной опухоли гортани, глотки и щитовидной железы пролечен у 32 пациентов.

Результаты и их обсуждение. Всем больным с поражением пищевода выполнили резекцию шейного отдела и первично пластическое закрытие дефекта проведено у 3 пациентов, в остальных наблюдениях выполнено формирование эзофага и фарингостомий. Спустя в сроки от 7 месяцев до 2 лет произведена реконструкция шейного отдела пищевода с использованием местных тканей у 11 пациентов, акт приема пищи восстановлен. Примененная пластика местными тканями с шеи и грудной клетки наиболее приемлема за счет минимизации травматизма, и выполнения поставленных задач при реконструктивном этапе на шейном отделе пищевода. Остальные больные не требовали восстановления пищевода путей и их удовлетворял зондовый прием пищи.

Выводы. Сложные хирургические приемы в лечении больных со злокачественными опухолями первичного и вторичного поражения шейного отдела пищевода дают возможность получить безрецидивный период до 3 лет у каждого второго больного и провести восстановление проводящих путей для пищи одновременно у каждого десятого пациента.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ОРОФАРИНГОПЛАСТИКА ВИСЦЕРАЛЬНЫМИ АУТОТРАНСПЛАНТАТАМИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Решетов И.В., Кравцов С.А., Ратушный М.В.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена

Введение: В результате успешного развития современной онкологии существенно улучшились результаты выживаемости больных со злокачественными опухолями органов головы и шеи. В связи с этим возникла необходимость проведения качественной реабилитации оперированных больных. При этом в первую очередь качество жизни и перспектива полноценной реабилитации больных определяются эффективностью реконструкции проксимальных отделов пищеварительного тракта.

Материалы и методы: В Московском научно-исследовательском онкологическом институте имени П.А.Герцена в 1995-2010г были прооперированы 115 пациентов со злокачественными опухолями орофарингеальной зоны в возрасте от 15 до 69 лет. Опухоли локализовались в полости рта (35), языке (15), ротоглотке (11), гортаноглотке (17), гортани (14), верхней челюсти (10), нижней челюсти (4) и мягких тканях (6). Преобладал плоскоклеточный рак. У 42,8% больных были первичные опухоли, а у 57,2% рецидивные опухоли после ранее перенесенного противоопухолевого лечения. Во всех случаях после резекционного этапа был сформирован обширный косметический и функциональный дефект верхних отделов пищеварительного тракта. Мы использовали желудочно-сальниковый (60), толстокишечно-сальниковый (49) и тонкокишечный (6) аутоотрансплантаты для микрохирургической реконструкции слизистой и мягких тканей полости рта и глотки.

Результаты: некроз аутоотрансплантата был отмечен у 6 пациентов (5,2%). Хорошие функциональные возможности пластического материала способствовали полному самостоятельному закрытию слюнных свищей у 15 больных (13%). Существенных осложнений со стороны органов брюшной полости мы не отметили. В послеоперационном периоде умерло 4 пациента (3,4%). Питание через рот на-

чинали через 2 недели после операции. Естественное питание было восстановлено у 105 больных (94,5%) перенесших операцию. Все больные деканулированы в сроки от 1 до 4 недель после операции. В 5 случаях восстановлена голосовая функция после ларингэктомии с фарингопластикой. Трехлетняя продолжительность жизни у больных после аутоотрансплантации желудочно-сальникового лоскута составила 63,5%. Трехлетняя продолжительность жизни у больных после аутоотрансплантации толстокишечно-сальникового лоскута составила 58,7%.

Заключение: Наиболее эффективным методом лечения больных местно-распространенными опухолями орофарингеальной зоны является комбинированный, хирургический компонент которого заключается в широком, радикальном иссечении опухоли. Применение метода аутоотрансплантации висцеральных лоскутов способствует улучшению качества жизни пациентов перенесших расширенные резекции органов социально важной и функционально значимой локализации.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ЯЗЫКА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Решетов И.В., Кравцов С.А., Голубцов А.К., Маторин О.В., Поляков А.П., Ратушный М.В., Филюшин М.М., Севрюков Ф.Е., Корицкий А.В.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена

Введение: В результате успешного развития современной онкологии существенно улучшились результаты выживаемости больных со злокачественными опухолями языка. В связи с этим возникла необходимость проведения качественной реабилитации оперированных больных. При этом в первую очередь качество жизни и перспектива полноценной реабилитации больных определяются эффективностью реконструкции языка.

Материалы и методы: В Московском научно-исследовательском онкологическом институте имени П.А.Герцена было прооперировано 7 пациентов по поводу рака языка в возрасте от 18 до 33 лет. У всех пациентов были первичные опухоли после проведенной предоперационной лучевой терапии. Индекс распространенности опухоли у 3 пациентов соответствовал Т3, а у 4 пациентов Т2. У всех пациентов опухолью была поражена только одна половина языка, без распространения на противоположную сторону. Во время операции одновременно с резекционным этапом была выполнена микрохирургическая реконструкция половины языка. В качестве пластического материала были использованы свободные аутоотрансплантаты: толстокишечно-сальниковый лоскут (3), лучевой лоскут (3) и торакодорзальный лоскут (1). Реваскуляризация лоскутов производилась с ветвями наружной сонной артерии и внутренней яремной вены. У 2 пациентов одновременно с сосудистой реваскуляризацией лоскута была произведена реинервация лоскута путем формирования микроневральных анастомозов между нервом лоскута и язычным нервом.

Результаты: некрозов аутоотрансплантата не было. Хорошие функциональные возможности пластического материала способствовали полному самостоятельному закрытию слюнных свищей у 1 больного. Существенных осложнений со стороны донорских ран мы не отметили. Питание через рот начинали через 2 недели после операции. Естественное питание было восстановлено у всех больных (100%). Все больные деканулированы в сроки от 1 до 4 недель после операции. У всех пациентов отмечены удовлетворительные результаты речевой функции.

Заключение: Наиболее эффективным методом лечения больных раком языка является комбинированный, хирургический компонент которого заключается в широком, радикальном иссечении опухоли. Применение метода аутоотрансплантации тканей способствует улучшению качества жизни пациентов перенесших резекцию функционально значимого органа и способствует скорейшей трудовой и социальной реабилитации.

О ВОЗМОЖНОСТЯХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИЛЛИМЕТРОВОЙ НАНОСТРУКТУРНОЙ МЕДИЦИНЫ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Синицын Н.И., Ёлкин В.А., Бецкий О.В., Суворов А.П., Суворов С.А., Гуляев А.И., Лисенкова Л.А.

Саратовский филиал Института радиотехники и электроники им. В.А. Котельникова РАН. Саратов, Россия

В настоящее время миллиметровая медицина нашла широкое применение в различных областях клинической медицины, включая онкологию, благодаря ряду необычных и уникальных особенностей взаимодействия миллиметровых электромагнитных излучений низкой интенсивности с водосодержащими структурами и биологическими объектами. Однако многие важные вопросы, связанные с физикой миллиметровой медицины, продолжали оставаться неясными. В этом плане авторами данной работы впервые обнаружено фундаментальное явление структуризации на наноуровне водосодержащих сред, имеющее принципиальное значение для понимания, дальнейшего развития и построения высокоэффективных радиоэлектронных биомедицинских нанотехнологий будущего [1-3], которые могут использоваться и при онкологических заболеваниях.

Излагаются пути построения миллиметровой наноструктурной медицины, включающей создание принципиально нового класса высокоэффективной терапевтической аппаратуры и сверхвысокочувствительной, неинвазивной, субманифестной диагностики биологических и физических объектов. Обсуждается ряд важных результатов по использованию развиваемой миллиметровой медицины в лечении и диагностике дерматитов и узлового зоба щитовидной железы.

Исследования поддержаны грантом №08-02-00987(02-910) РФФИ

Литература.

1. Синицын Н.И., Ёлкин В.А. Особая роль структуризации водосодержащей среды в современных биомедицинских радиоэлектронных технологиях и нанотехнологиях будущего. Биомедицинские технологии и радиоэлектроника. 2007; 2-4; 31-44.
2. Синицын Н.И., Ёлкин В.А., Бецкий О.В., Кислов В.В. Миллиметровые волны и наноструктуры – будущее медицины и биоэлектроники. Биомедицинская радиоэлектроника. 2009; 3; 21-35.
3. Суворов А.П., Синицын Н.И., Ёлкин В.А., Суворов С.А. Способ лечения больных очаговым облысением. Патент на изобретение № 2364427.

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КОСТИ.

Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Бухаров А.В., Илюшин А.Л., Державин В.А.

ФГУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена г. Москва

Цель: Объективно оценить возможности хирургического лечения пациентов с поражением костей при метастазах рака молочной железы.

Материалы и методы: Анализируемую группу составили 119 пациентов (117 женщин, 2 мужчин), в возрасте от 17 до 74 лет. Гистологический тип опухоли – рак молочной железы.

Поражения локализовались у 15 пациентов в длинных костях, у 93 в губчатых (позвоночник, кости таза). В зависимости от локализации поражения, прогноза течения и распространенности заболевания больным выполнялись «открытые» или малоинвазивные вмешательства.

Сегментарные резекции с эндопротезированием (ЭП) выполнены у 4 пациентов. Поражения локализовались в проксимальном отделе бедренной кости.

Погружной остеосинтез (ПО) выполнен 11 пациентам. Локализация поражения - в проксимальном отделе плечевой (1) и бедренной (7) костей. Метастаз в диафиз бедренной кости диагностирован у 3 больных. При чем у одной больной диагностирован перелом обеих бедренных костей.

Блоковая резекция метастаза большеберцовой кости с пластикой дефекта полиметилакрилатом и накостным остеосинтезом произведена

одной больной.

Резекция грудной клетки (тела грудины) с пластикой дефекта твердой мозговой оболочкой и перемещенным торакалдорсальным лоскутом выполнена одной пациентке.

Операции на позвоночнике различного объема, по поводу компрессии спинного мозга с неврологическим дефицитом произведены у 12 пациентов – цервикальная корпозэктомия с эндопротезированием тел позвонков (2), декомпрессивная ламинэктомия без стабилизации на грудном проведена одной больной. Операции декомпрессивно-стабилизирующего объема выполнены на грудном (4) и поясничном (6) уровне.

Девяносто одному больному выполнено 205 малоинвазивных вмешательств (вертебро-, остеопластика, радиочастотная термоабляция (ВП, ОП, РЧТА)), из них ВП-172, ОП-20, РЧТА-13 пациентам у 9 больных РЧТА сочеталась с ВП и ОП. Основная локализация поражения грудной (89), поясничный (66) и крестцовый (34) отделы позвоночника, метастазы в костях таза были у 15 пациентов и в плечевой кости у одной больной.

Результаты: Интраоперационных осложнений не наблюдалось, послеоперационные осложнения составили 8%. После операций на длинных костях все пациенты активизированы на 3-10 сутки, после хирургических вмешательств на позвоночнике через 3 дня и после малоинвазивных вмешательств в среднем через 12 часов. Функциональные результаты после ЭП, ПО оценены у 16 больных. Отличные получены у 14 (80%). После оперативных вмешательств на позвоночнике у всех пациентов купирован болевой синдром, клиника неврологического дефицита и восстановлена двигательная активность в раннем послеоперационном периоде. У 86% пациентов после ВП, ОП и РЧТА отмечено уменьшение степени болевого синдрома и улучшение качества жизни. Срок наблюдения составил от 2 до 42 мес. От прогрессирования основного заболевания умерло 43 (36%) пациента в сроки от 6 до 24 мес.

Заключение: Пациенты с метастазами рака молочной железы в кости, несколько десятилетий назад считались инкурабельными и имели крайне низкое качество жизни, в настоящее время агрессивный хирургический подход является целесообразным.

Выводы: Методы хирургического лечения (ЭП, ПО, операции на костях таза, грудной стенке и позвоночнике, малоинвазивные вмешательства) – основное онкоортопедическое пособие в оказании необходимой паллиативной помощи пациентам с метастазами рака молочной железы в костную систему, осложненных клиникой болевого синдрома, компрессией спинного мозга, угрозой возникновения или состоявшегося патологического перелома кости. Они позволяют адекватно купировать болевой синдром, улучшить функциональный, неврологический статус и качество жизни онкологического больного.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА.

Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Державин В.А., Бухаров А.В.,

ФГУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена Росмедтехнологий.

Цель: обобщение опыта хирургического и комбинированного лечения пациентов с опухолевым поражением костей тазового кольца.

Материалы и методы: хирургическое лечение проведено 37 пациентам (17 мужчин и 20 женщин). Средний возраст – 44 года. Межподвздошно-брюшное вычленение или ампутация выполнены 9 (25%) больным. Сохранные операции (различные типы изолированных или комбинированных резекций) были у 28 (75%) больных. Резекции переднего полукольца у 8 (28%), заднего у 20 (72%) пациентов. Реконструкция тазового кольца была произведена у 4 пациентов. У 2 костный дефект заднего полукольца устранен путем композитного металлоостеосинтеза (костный цемент + металлические спицы). У одной больной после субтотальной сакрумэктомии применен вариант пояснично-подвздошного остеосинтеза титановой конструкцией. Одной больной была выполнена реконструкция вертлужной впадины биосинтетической сеткой и костным цементом.

Результаты: После расширенных операций функциональный ре-

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОНКОУРОЛОГИИ

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ СТАДИИ T1aNO-MO. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.

*Вельшер Л.Э., Горчак Ю.Ю., Ишевский Г.Б., Решетов Д.Н.,
Костин Е.Ю., Васильева О.А.*

Московский Государственный Медико-стоматологический университет
Кафедра онкологии и лучевой терапии
Россия, Москва.

Цель исследования: изучение возможности выполнения нефрон-сберегающего хирургического лечения у больных почечно-клеточным раком стадии T1aNO-MO.

Материалы и методы. В 2001-2010 гг. в онкоурологическом отделении ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко ОАО РЖД 53 больным выполнены хирургические вмешательства в объеме атипичной резекции почки с лимфодиссекцией открытым доступом. При этом 48 (90,5%) пациентам произведена резекция традиционным способом, 5 (9,5%) пациентам выполнена резекция с использованием лазерного излучения аппаратом ЛСП «ИРЭ-Полюс» модель ЛСП -0,97/10, длиной волны 970 нм, мощностью излучения от 6 до 16 Ватт.

Критерии отбора больных: наличие опухоли размером не более 4 см в диаметре, локализованной в одном из полюсов почки, расположенной в почечной паренхиме, вне почечного синуса, без признаков инфильтративного роста в капсулу почки, отсутствие макроскопических признаков метастатического поражения лимфатических узлов. Средний возраст больных составил 57,5 лет, мужчин - 67,6%, женщин - 32,4%. Средняя продолжительность операции 65 минут. Сроки наблюдения за больными от 3 до 96 месяцев.

Результаты исследования. Осложнений, потребовавших повторных хирургических вмешательств отмечено не было. В 100% наблюдений локального рецидива опухоли, признаков отдаленного метастазирования, проявлений почечной недостаточности обнаружено не было. Метастазов в регионарных лимфатических узлах не выявлено. У всех больных операционная рана зажила первичным натяжением.

Обсуждение результатов. Резекция почки может рассматриваться как один из методов радикального хирургического лечения больных раком почки стадии T1aNO-MO, при условии тщательного отбора пациентов. С целью оптимизации показаний к выполнению регионарной лимфодиссекции проводится изучение возможностей поиска сторожевых лимфатических узлов у данной категории больных.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО УЗИ С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРАНИЦ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ.

*Ивахно К.Ю., Карнаух П.А., Воронин М.И., Лейхт Т.Н.,
Кинзерский С.А.*

ГЛПУ Окружной клинический онкологический диспансер.
ГОУ ДПО Уральская государственная медицинская академия
дополнительного образования.
г. Челябинск, Россия.

Введение. основополагающими факторами для выбора органосохраняющего хирургического лечения при локализованном ПКР являются характеристики опухоли, состояние сохранной почечной паренхимы на стороне поражения и состояние контралатеральной почки.

Цель исследования. Оптимизировать способ открытой резекции почки, используя интра-операционный ультразвук для маркировки края опухоли соноконтрастными иглами с целью более точного определения границ образования и максимального сохранения здоровой паренхимы.

Материалы и методы. За последние 10 лет в отделении урологии ЧОКОД выполнено 177 открытых резекций почек, в том числе 17 с использованием интраоперационного УЗИ. Почки выделялись из жировой капсулы. При помощи компактного интраоперационного ультразвукового сканера Pro Focus 2202 определялись границы опухоли и производилась их маркировка соноконтрастными иглами отступая от края опухоли на 3-5мм. Выполнялась резекция новообразования со срочной гистологией для определения роста по линии резекции.

Результаты. Ранние послеоперационные осложнения наблюдались в 2 (11,8%) случаях: кровотечение из зоны резекции, купировалось консервативно. При гистологическом исследовании края резекции положительный хирургический край не определялся. Специфическая и безрецидивная выживаемость на сроке наблюдения 18 месяцев составила 100%.

Выводы. Внедрение интраоперационного УЗИ позволяет более точно определить границы опухоли, что даёт возможность максимально сохранить здоровую паренхиму почки, не влияя на количество ранних и поздних осложнений, а также на специфическую и безрецидивную выживаемость.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В РОССИИ

Колонтарев К.Б., Пушкарь Д.Ю., Говоров А.В.

Введение. В настоящий момент во многих странах наблюдается тенденция к увеличению ожидаемой продолжительности жизни. Тем не менее, в России средняя продолжительность жизни на протяжении последних 15 лет постепенно снижалась. Причиной этому стали политические, социальные и экономические факторы. Рак мочевого пузыря является заболеванием, связанным с возрастом. Данная работа посвящена исследованию эпидемиологии рака мочевого пузыря.

Материалы и методы. С целью изучения эпидемиологии рака мочевого пузыря в России были проанализированы доступная литература и база данных Российского онкологического научного центра имени Н.Н.Блохина, которая содержит данные из различных регионов и городов России. К сожалению, эти данные не всегда были унифицированы (стандартизированы). Оценить распространенность рака мочевого пузыря в России трудно. Большинство данных имеют в своей основе бумажные отчеты, в особенности в сельской местности. Использование современной классификации TNM, в данных отчетах имело очень ограниченный характер, что затрудняло дифференцирование стадий T1 и T2. В России не существует формальной программы скрининга рака мочевого пузыря, однако в рамках медицинского обследования зачастую выполняется УЗИ.

Результаты. В 2006 году было зарегистрировано 68 129 случаев рака мочевого пузыря, что составило 2,8% от всех зарегистрированных случаев выявления злокачественных новообразований. Соотношение заболеваемости среди мужчин и женщин неизвестно. В том же году было выявлено 11 973 новых случаев заболевания раком мочевого пузыря, 82,3% из которых были подтверждены морфологически.

С 1999 года по 2004 заболеваемость раком мочевого пузыря выросла на 5.3% у мужчин и на 12.5% среди женщин. В 2006 году 57.4% пациентов с впервые диагностированным раком мочевого пузыря имели стадию T1 и T2, 26.8% T3 и 11.4% стадию T4. С 1999 по 2004 год показатель смертности среди пациентов с раком мочевого пузыря вырос на 10.9% среди мужчин и не изменился среди женщин.

Выводы. Таким образом, в течение последних 10 лет заболеваемость раком мочевого пузыря в России увеличилась. Наблюдалась тенденция к выявлению рака мочевого пузыря на более ранних стадиях, а стадии T3 и T4 диагностировались более редко, чем в 1996 году. В результате, показатель смертности среди больных с раком мочевого пузыря в течение первого года после установления диагноза уменьшился, в то время как, общий показатель смертности среди мужчин увеличился.

РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ. ПЕРЕХОД ОТ ОТКРЫТОЙ К РОБОТИЧЕСКОЙ: ОПЫТ ПЕРВЫХ СТА СЛУЧАЕВ.

Колонтарев К.Б., Пушкарь Д.Ю., Раснер. П.И.

Кафедра Урологии МГМСУ

Введение: В настоящее время альтернативой открытой радикальной простатэктомии является робот-ассистированная лапароскопическая радикальная простатэктомия (РАЛРП).

Материалы и методы: Мы представляем проспективное исследование 100 первых случаев выполнения радикальной простатэктомии с роботической ассистенцией, в течение 12 месяцев, начиная 11.2008г. Все операции были выполнены одним хирургом, обладающим богатым опытом выполнения открытых вмешательств. Опытном выполнении радикальной простатэктомии из лапароскопического доступа специалист не обладал. Средний возраст наших пациентов составил 66 (54 – 78) лет

Результаты: Среднее время оперативного вмешательства в нашем исследовании составило 174 (121 – 276) минут. Средняя степень кровопотери 248 (35 – 1950) мл; среднее время лигирования дорсального комплекса – 7,3 (4-20)мин; среднее время диссекции семенных пузырьков – 48,1 (23-80)мин; среднее время наложения уретровезикального анастомоза – 22(14-40) мин. За время проведения данного исследования переход к открытой операции (конверсия) потребовался в 5 случаях. Общий уровень осложнений составил 28.3% (Clavien I, 3.3%; Clavien II, 15%; Clavien IIIb, 10%). Основываясь на своем опыте, для достижения лучших результатов, мы предлагаем использовать следующие хирургические приемы: применение 0 или 1-0 монофиламентной нити для прошивания дорсального венозного комплекса, при этом использование короткой нити может весьма облегчить данный этап оперативного лечения; в руках начинающего хирурга иглодержатель с ножницами может привести к случайным разрезам нити, поэтому лучше избегать применения такого рода инструментов во время периода обучения; важно в ходе операции широко применять третью руку, причем зажим «кобра» может быть более предпочтительным, по сравнению с традиционным инструментом; при выполнении операции по нервосберегающей методике важно иметь острые ножницы, поэтому лучше использовать инструменты, с большим запасом рабочего времени; приготовление индивидуального размера нити, основанного на диаметре шейки мочевого пузыря может быть очень полезным на этапе формирования уретровезикального анастомоза; для достижения тщательного гемостаза необходимо иметь клипы «гемолок» различного размера; использование шва «Россо» для сближения шейки мочевого пузыря и уретры является очень удобным, однако, техническое исполнение данного элемента может быть сложным для начинающего хирурга.

Заключение: результаты проанализированной нами серии РАЛРП с использованием хирургической роботизированной системы da Vinci S являются обнадеживающими. Мы надеемся, что приведенные нами хирургические приемы будут полезны начинающим хирургам, позволят избежать различного рода ошибок и приведут к улучшению результатов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ КОСТНОГО СКЕЛЕТА

Копыльцов Е.И., Леонов О.В.

Областной клинический онкологический диспансер
г. Омск.

Рак почки по данным ВОЗ составляет 2-3% от всех злокачественных новообразований. Среди больных с наличием отдаленных метастазов, большую и наиболее тяжелую в плане курабельности группу представляют пациенты с метастатическим поражением костей скелета, особенно позвоночника. Наличие метастазов в позвонках неизбежно ведет к нейрогенным расстройствам функций внутренних органов, что является причиной неудовлетворительного «качества жизни». Интенсивность болевого синдрома вызывала необходимость прибегать к многократному постоянному введению анальгетиков, в том числе наркотических. При длительном однотипном проявлении боль формирует достаточно стойкий патологический ирритативный структурно-функциональный комплекс, именуемый генератором патологически усиленного импульса.

Нами проведено оперативное лечение 7 пациентов с метастатическим поражением одного-двух позвонков. Средний возраст больных составил $67,6 \pm 1,03$ лет. У всех больных имелась сопутствующая сосудистая и легочная патология, а у 3 хронические заболевания желудочно-кишечного тракта. В 57,2% случаев ($n=4$) диагностированы метастазы грудного отдела позвоночника, в 42,8% ($n=3$) наблюдений - поясничного. Показатель Карновского до начала специализированного лечения составил $3,75 \pm 0,15$. Для протезирования использовался пористый никелид титана, который является качественно новым имплантационным материалом, хорошо переносится тканями организма, обладает высокой биоинертностью и нетоксичен. В пористую структуру имплантанта успешно врастает костная ткань, а между костью и имплантантом формируется связь без соединительно-тканного промежуточного слоя с образованием очень прочного соединения в зоне контакта имплантанта и кости реципиента.

Хирургическое лечение проводилось в два этапа. При неврологических расстройствах или высокой угрозе их развития на первом этапе осуществлялась стабилизирующая операция на позвоночнике у 2 больных (28,6%) в объеме переднего спондилодеза с задней стабилизацией, а вторым этапом - органуносящая операция на почке. Остальным 71,4% больным первым этапом выполнялась расширенная нефрэктомия, затем металлоостеосинтез на позвоночнике. Объем кровопотери во время операции составлял $370 \pm 58,5$ мл. У всех пациентов достигнута необходимая стабилизация поврежденного позвоночного сегмента, что подтверждено клинически (отсутствие болевого синдрома) и рентгенологически (формирование надежного костно-металлического блока). Двум больным спондилодез выполнен на двух сегментах позвоночника. В одном случае передний спондилодез дополнялся задней стабилизацией позвоночника (спинальными системами В.Д. Усикова). Осложнений, связанных с отторжением имплантанта или его миграцией не отмечено. Послеоперационной летальности не отмечалось. Показатель Карновского после проведенного специализированного лечения составил $1,95 \pm 0,1$. Нагноения операционных ран не было. У всех больных восстановлена ось позвоночника. Ограничения режима в послеоперационном периоде были минимальными. Медикаментозная поддержка у оперированных пациентов с костным метастатическим поражением включала в обязательном порядке бисфосфонаты различных поколений (аредия, бондронат и др.). На момент контроля все пациенты живы; время пребывания в стационаре составило $34,7 \pm 1,5$ дня.

Таким образом, генерализованный рак почки с наличием костных метастазов не является противопоказанием к активному хирургическому лечению. На небольшой группе пациентов нам удалось добиться значительной (а иногда и полной) отсрочки во времени нейрогенных расстройств, что заметно улучшает «качество жизни» этой тяжелой категории больных раком почки. Активная хирургическая тактика по поводу отдаленных метастазов, позволяет увеличить продолжительность жизни этих больных.

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ СТРЕССОВЫХ ЯЗВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РАКА ПОЧКИ

Кутуков В.В., Оганесян Ю.В., Дуйко В.В., Леснов П.В., Слывко Л.В., Дуйко Л.С.

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия»
Росздрава,
ГУЗ «Областной онкологический диспансер»,
г. Астрахань.

Цель: Снизить частоту развития острых эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта при хирургических вмешательствах по поводу рака почки.

Материалы и методы: Исследовано 29 больных в возрасте от 37 до 72 лет, оперированных по поводу рака почки в урологическом отделении Астраханского областного онкологического диспансера в 2008 – 2009 гг. Распределение пациентов по стадиям следующее: I стадия – 14, II – 8, III – 3, рак почки IV – 2. Все пациенты в предоперационном периоде обследованы на предмет инфицированности *Helicobacter pylori* с помощью трех методов - иммунохроматографическое выявление антител в сыворотке крови, цитологическое и гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка. Инфицированными оказались 19 человек – 65,5%. Этим пациентам с профилактической целью проводилась антигеликобактерная терапия в течение 7 дней до операции. Неинфицированные больные (10 чел. – 34,5%) профилактического лечения не получали. Всем пациентам выполнялась нефрэктомия. В послеоперационном периоде с целью оценки состояния слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта, на первые, третьи и седьмые сутки выполнялась гастроскопия.

Группу сравнения составили 43 человек, оперированных в Астраханском областном онкологическом диспансере в 2006 – 2007 гг. в возрасте 39 – 70 лет. Распределение по стадиям: I стадия – 23, II – 11, III – 3, IV – 6. Эти пациенты профилактического лечения не получали. Выполнено 43 нефрэктомии.

Результаты: В исследуемой группе у 1 пациента выявлены эрозии желудка, что составило 3,5%, острых язв выявлено не было. В группе сравнения частота эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта составила 9,3% (4 пациента). При этом у 3 человек (7,5%) возникло желудочно-кишечное кровотечение, что в 1 случае потребовало выполнения повторного хирургического вмешательства.

Выводы: Выявление лиц, инфицированных *Helicobacter pylori*, и проведение им специального профилактического лечения позволяет снизить частоту острых эрозивно-язвенных поражений пищеварительного тракта после хирургических вмешательств по поводу рака почки.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ

Леонов О.В., Копыльцов Е.И.

Областной клинический онкологический диспансер
г. Омск.

Рак почки в настоящее время актуальная проблема онкологии, урологии и хирургии. При первичном обращении у 25-30% пациентов имеются отдаленные метастазы. Хирургическое вмешательство на печени по поводу метастатического поражения при почечно-клеточном раке произведено нами у 17 больных. У всех пациентов поражение носило локализованный характер. Средний возраст пациентов составил 52,4±2,5 года. Синхронное поражение печени имело место в 6 (35,3%) наблюдениях, метахронное в 11 (64,7%). Ведущими методами диагностики были: ультразвуковое сканирование и компьютерная томография. Только 2 больным с метахронным поражением левой доли печени потребовалась пункционная биопсия, при которой подтвержден метастатический характер поражения. Локализация опухолевых фокусов в правой доле отмечена у 10 (58,8%) пациентов, в левой доле – у 7 (41,2%) пациентов. Основным доступом при операциях на печени являлась лапаротомия: в 5 (29,4%) случаях верхне-срединная, у 5 (29,4%) больных параректальная, у 7 (41,2%) пациента выполнен разрез типа «шеврона». Одно-

моментное удаление метастатического узла доли печени и нефрэктомия была проведена 7 (41,2%) пациентам. В остальных двух случаях оперативное лечение на печени было отсрочено по медицинским, либо социальным показаниям. Левосторонняя гемигепатэктомия выполнена у 4 больных (23,5%). Ушивание ран печени проводилось П-образными кетгутowymi швами на жировых амортизаторах. Объем кровопотери составлял 585±48,5 мл. В послеоперационном периоде умер 1 пациент, летальность составила 5,8%; время пребывания в стационаре до летального исхода 6,0±0,1 дня. У одного больного в раннем послеоперационном периоде развилась правосторонняя нижнедолевая пневмония. Консервативное медикаментозное лечение позволило купировать возникшее осложнение. Время пребывания в стационаре составило 17,1±1,5 дня.

Таким образом, вторичное поражение печени при диссеминированном раке почки не всегда служит отказом к возможному оперативному лечению. Скромный, но наглядный собственный опыт ведения больных опухолями почек с одиночными и единичными метастазами в печень позволяет нам высказываться за активную хирургическую тактику в лечении данной категории пациентов.

РАК ПОЧКИ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Леонов О.В., Копыльцов Е.И.

Областной клинический онкологический диспансер
г. Омск.

Рак почки является актуальной проблемой онкологии. В России в структуре онкологических заболеваний рак почки составлял 3,6%, входя в первую десятку онкологических локализаций у мужчин и женщин. По абсолютному приросту среди выявленных онкоурологических заболеваний рак почки занимал второе место. Темп прироста рака почки +62,1%.

Омская область, в связи с хорошо развитой нефтехимической и тяжелой промышленностью, входит в число неблагоприятных регионов по онкологической ситуации, что объясняет рост заболеваемости злокачественными новообразованиями.

За период с 1998 по 2005 гг. нами проанализированы результаты диагностики и лечения 2078 больных раком почки. Абсолютное число вновь выявленных пациентов раком почки из года в год стабильно сохранялось на высоком уровне (215 в 1998 г. и 275 в 2004 г.). На начало 2004 года с верифицированным диагнозом рак почки на учёте в ООД состояло 986 пациента, что соответствует 58,2 на 100 тыс. населения. В наблюдаемой группе на фоне современных методов лечения живут пять и более лет 57,9% пациентов. При распределении больных раком почки по полу отмечалось некоторое превалирование заболеваемости у мужского населения над женским (в среднем на 19,4%).

Основной рост заболеваемости начинается после 40 лет, а максимум приходится на возрастную группу 50-65 лет. Более 50% сельских жителей, чаще проживающих в отдаленных районах области, взяты на учёт с генерализованными формами, подлежащими только симптоматическому лечению. Выявляемость рака почки при профилактических осмотрах – 16,6%. При анализе клинических проявлений рака почки отмечается классическая триада симптомов только в 7,2% случаев. Наибольшая достоверность и точность отмечена при выполнении УЗИ (79,3%). Предоперационная пункционная биопсия проводилась только для дифференцировки диагноза при «малых» опухолях (менее 4 см в диаметре) с медленным ростом.

За период с 1998-2005 гг. прослеживалась тенденция увеличения числа больных раком почки с I и II стадией опухолевого поражения из числа первично взятых на учёт с 20,1% в 1999 г. до 38,6% в 2004 г. Следует отметить неуклонное увеличение числа больных, выявленных в I и II стадиях. Это обусловлено появлением новой категории бессимптомных опухолей почки, выявленных случайно при профилактической УЗИ - диагностике. По данным литературы бессимптомные раки почки имеют место у 26-54% больных, по данным наших исследований такие варианты течения рака отмечены в 38,6% случаев. Достоверно отмечалось уменьшение количества пациентов с местным распространением опухолевого процесса (St III) с 43,1 в 1999 г. до 29,6% в 2004 г. В текущем году сохранялась стабильно высокая цифра T3 – у 29,6% пациентов. Местнораспространенные (T4, либо N2-3) и/или генерализованные

формы (M1) отмечены у 24% пациентов. Биологическая особенность почечно-клеточного рака распространяться по кровеносным сосудам привела к тому, что у 1,2% пациентов диагностирован тромб в магистральных сосудах. С сожалением приходилось констатировать факт выявления от 50,0% до 73,9% больных раком почки в III-IV стадии, когда имел место плохой прогноз для проводимого лечения. Всем больным первым этапом выполнен хирургический метод лечения, даже при наличии диагностированного до операции метастатического распространения опухоли. Выполнение нефрэктомии с лимфодиссекцией дополнялось адrenaлэктомией по показаниям. В случае местнораспространенного процесса комбинированная нефрэктомия включала удаление различных отделов кишечника, резекцию печени, магистральных сосудов. В случае симптомной сопутствующей патологии сочетанная нефрэктомия дополнялась проведением холецистэтомии, экстирпации матки, спленэктомией и т.д. Показатель годичной летальности сохранялся на высоком уровне, совпадая с запущенностью (St IV), т.е. каждый четвертый пациент погибал в течение первого года после постановки диагноза.

Таким образом, в нашем регионе сохраняется неблагоприятная ситуация по своевременной диагностике рака почки при стабильной динамике роста заболеваемости раком почки. На основании анализа заболеваемости раком почки за период 1998-2005 гг. отмечалось ежегодное стабильно высокое выявление абсолютного количества пациентов. За этот период ежегодный прирост на 8,2% расчетных показателей (с 8,4 в 1998 г. до 13,1 в 2005 г. на 100 тыс. населения). Кроме того, характерно высокое выявление пациентов с местнораспространенными и генерализованными формами рака почки 50,0-73,9%. Показатель годичной летальности оставался довольно высоким, составляя около 25,6-32,3%, при этом не отмечалось снижение последнего за рассматриваемый период.

КОМБИНИРОВАННАЯ ГОРМОНОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПО КОСТЯМ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Метелев В.В.

ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий (РНЦРХТ)», Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования. Изучение возможностей дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) в повышении эффективности лечения и улучшении качества жизни больных раком предстательной железы (РПЖ) с множественными метастазами в кости.

Материал и методы. В ФГУ РНЦРХТ проведена паллиативная ДЛТ у 107 больных РПЖ с множественными метастазами в кости (T1-4N0-1M1b) в возрасте от 43 до 78 лет. Облучение осуществлялось в комбинации с гормонотерапией (ГТ). Контрольная группа больных, у которых единственным методом лечения была ГТ, состояла из 76 пациентов.

Крупнопольная ДЛТ осуществлялась в несколько этапов с последовательным сокращением полей облучения: сегментарное облучение таза, локорегионарное и затем локальное облучение предстательной железы в режиме динамического фракционирования с доведением дозы на простату до терапевтической, изозффективной 66-72 Гр обычного фракционирования. Облучение костных метастазов вне таза проводилось параллельно с локорегионарным или локальным облучением укупренными фракциями.

Результаты. Непосредственный положительный эффект был достигнут у 93,5% больных, в том числе полная отмена анальгетических препаратов у 71% пациентов. 60% больных РПЖ с костными метастазами (M1b) пережили 3-летний срок, а 27,5% – 5-летний, в то время как в контрольной группе ГТ в самостоятельном плане – 11,3% и 3,8% соответственно ($p < 0,001$).

Заключение. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что ДЛТ в комбинации с ГТ при генерализованном по костям РПЖ существенно увеличивает продолжительность жизни и улучшает ее качество.

КОМБИНИРОВАННОЕ ГОРМОНОЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРОСТАТЫ С ДИССЕМИНАЦИЕЙ В ОТДАЛЕННЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

Метелев В.В.

ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий (РНЦРХТ)», Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования. Изучение значения дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) в повышении эффективности лечения и улучшении качества жизни больных раком предстательной железы (РПЖ) с множественными метастазами в отдаленные лимфоузлы.

Материал и методы. В ФГУ РНЦРХТ проведена паллиативная ДЛТ в комбинации с гормонотерапией (ГТ) у 23 больных РПЖ с множественными метастазами в регионарные и отдаленные лимфоузлы (T2-4N1M1) в возрасте от 53 до 74 лет. Контрольная группа больных, у которых единственным методом лечения была ГТ, состояла из 76 пациентов.

ДЛТ проводилась в режиме динамического фракционирования. На I этапе – через крупные нижние фигурные поля вместе с простатой, пораженными лимфоузлами и входящими в этот объем облучения костными метастазами (у 10 (43,5%) из 23 больных). На II этапе осуществлялось облучение первичной опухоли с доведением изозффективной суммарной дозы на простату до терапевтической – 66-72 Гр. В 6 случаях (26%) параллельно была осуществлена локальная симптоматическая ДЛТ на область метастазов в кости.

Результаты. Непосредственный полный регресс увеличенных забрюшинных лимфатических узлов наблюдался у 14 (60,9%) из 23 пациентов, частичный регресс – у 6 больных (26,1%), стабилизация – у 2 (8,7%) и прогрессирование у 1 пациента (4,3%). Показатели 3-х и 5-летней выживаемости составили 78,3% и 43,5%, в то время как в контрольной группе ГТ – 11,3% и 3,8% соответственно ($p < 0,001$).

Заключение. ДЛТ в комбинации с ГТ может эффективно использоваться при генерализованном РПЖ с существенным увеличением продолжительности жизни и улучшением ее качества.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРМОЛУЧЕВОЙ И ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Метелев В.В., Козлов А.А.

ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий (РНЦРХТ)», Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования – повышение эффективности дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) больных локализованным и местнораспространенным раком предстательной железы (РПЖ) путем комбинации с гормонотерапией (ГТ) и локальной СВЧ-гипертермией.

Материал исследования. В клинике РНЦРХТ получили лечение 284 пациента РПЖ: 166 – локальным (T1-2N0M0) и 118 – местнораспространенным (T1-2N1M0 и T3-4N0-1M0) раком. У 70 пациентов единственным методом лечения была ГТ. У 146 больных применялась ДЛТ, термолучевая терапия (ТЛТ) выполнена у 68 пациентов. ГТ являлась обязательным компонентом комбинированного лечения. Облучение проводилось в режиме динамического фракционирования. В качестве физического сенсibilизатора использовалась локальная трансректальная микроволновая СВЧ-гипертермия.

Результаты. Прямая (фактическая) 5-летняя выживаемость в группе больных, получавших ТЛТ, составила 89,7% (при локализованном РПЖ – 91,9%, при местно-распространенном – 83,4%). В группе пациентов, подвергавшихся традиционной ДЛТ, 5-летняя выживаемость была равна 74,4% (у больных локализованным РПЖ – 82,9%, местнораспространенным – 63,1%). В группе больных, у которых ГТ была единственным методом лечения, 5 лет прожили 44,2% (при локализованном РПЖ – 52,2%, при местно-распространенном – 35,0%).

Заключение. ДЛТ достоверно ($p < 0,001$) улучшала показатели выживаемости по сравнению с самостоятельной ГТ. ТЛТ при местнораспространенном РПЖ ($p < 0,05$) и для всей группы в целом ($p < 0,01$) также достоверно увеличивала выживаемость по сравнению с ДЛТ.

ОЦЕНКА ТОКСИЧНОСТИ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Шарабура Т.М., Карнаух П.А., Важенин А.В.

ГЛПУ "Челябинский областной клинический онкологический диспансер"
Клиническая база ФГУ "Российского научного центра рентгенорадиологии"
Росздрава РФ,
ГОУ ВПО «Челябинская Государственная медицинская академия
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г.Челябинск

Цель исследования. Оценить токсичность лучевой терапии (ЛТ) с одновременной химиотерапией цисплатином инвазивного рака мочевого пузыря (РМП).

Материалы и методы. Изучены результаты органосохраняющего лечения 60 больных с инвазивным РМП. Органосохраняющее лечение включало ТУР с последующей ЛТ, проводимой непрерывно или в два этапа с интервалом 10-14 дней до суммарной дозы 60Гр. Частота рецидивов составила 33%. С целью повышения эффективности ЛТ у 10 больных применена радиомодификация цисплатином, который вводился в дозе 20мг/м² в течение 5 дней в 1 и 5 недели облучения.

Результаты. Токсические реакции оценивались по шкале RTOG. Лучевой цистит 2-3 степени тяжести развился у всех больных, лучевой ректит 1-2 степени – у 80% больных. Дополнительное введение цисплатина не увеличило тяжесть лучевых реакций, но сопровождалось характерными побочными эффектами: тошнотой и рвотой 1 степени, лейкопенией 1-2 степени.

С учетом токсичности ХЛТ разработаны критерии отбора больных для ХЛТ: инвазивный РМП T₂₋₃N₀₋₁M₀, возраст до 70 лет, статус по Шкале Карновского не менее 80%, сохраненная функция мочевого пузыря, отсутствие сопутствующих хронических воспалительных заболеваний органов малого таза и гидронефроза, клиренс креатинина не менее 60 мл/час, уровень гемоглобина не менее 100 г/л.

АЛЬТЕРНАТИВНАЯ ТЕХНИКА УРЕТЕРОИНТЕСТИНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА С АНТИРЕФЛЮКСНОЙ ЗАЩИТОЙ

Цатурян А.А., Даниелян Ш.Б., Диланян О.Э., Левонян А.Г.

Клинический центр «Канакер-Зейтун»,
г.Ереван, Армения

Введение. Уретероинтестинальный анастомоз (УИА) является критическим элементом любой хирургической процедуры, использующей интестинальный сегмент для отведения мочи. УИА должен быть технически легко выполним, применимым для нормальных и дилатированных мочеточников, с минимальным риском возникновения стеноза, доступным для ретроградных эндоскопических манипуляций,

занимать мало времени и легко обучаемым. Основные осложнения в области УИА включают: мочевые затеки (3-9%), стриктуру (8-17%), рефлюкс (2-15%) и пиелонефрит (11-13%).

Цель работы. Изучить эффективность применения нового типа УИА.

Материалы и методы Техника УИА с антирефлюксной защитой, по типу субсерозной инвагинации, нами была разработана и внедрена в 2003-м году. Мочеточники мобилизуются краниально на 10 см. На боковых стенках резервуара произвольно определяют место формирования анастомоза, что исключает натяжение и перегиб мочеточника. Культы мочеточников спатулируют. На месте анастомоза, в стенке резервуара производится пуговчатое отверстие, соответствующее диаметру мочеточника. Мочеточники шинируются. Якорными швами формируется уретероинтестинальный анастомоз по типу "конец в бок". Отступая латерально от линии анастомоза, на расстояние, соответствующее половине диаметра мочеточника, отдельными серо-серозными швами стенка резервуара ушивается над мочеточником, тем самым циркулярно охватывая последний на расстоянии 3-3,5 см. При выполнении данного этапа является важным избежать сдавления мочеточника.

Больные, подвергшиеся радикальной цистэктомии с последующим кишечным замещением мочевого пузыря, были условно разделены на четыре группы по признаку тип УИА. В I группу вошли 23 пациента с УИА без антирефлюксной защиты. Во II группу включены 32 пациента с антирефлюксными УИА по типу субсерозной инвагинации (SSI). В III группе 17 пациентов с антирефлюксными УИА по типу серозных экстрамуральных тоннелей (SLET). В IV группе 27 пациентов с антирефлюксными УИА по типу субмукозной имплантации (LeDuc). Среднее время наблюдения составило 34 месяца

Результаты. Были оценены частота возникновения рефлюксов, стриктур и стенозов в зоне УИА, возможность эндоскопической визуализации (э/в) устьев мочеточников в отдаленном послеоперационном периоде.

| Тип УИА | Кол-во больных | Рефлюкс | | Стриктура | | Э/в |
|----------------|----------------|---------|------|-----------|------|------|
| | | № | % | № | % | |
| Без а/р защиты | 23 | 11 | 23,9 | 6 | 13 | 34,8 |
| ССИ | 32 | 1 | 1,6 | 1 | 1,6 | 88,5 |
| СЛЭТ | 17 | 1 | 2,9 | 5 | 14,7 | 75,0 |
| Ле-Дюк | 27 | 5 | 9,3 | 8 | 14,8 | 23,5 |

Выводы. Уретероинтестинальный анастомоз по типу субсерозной инвагинации характеризуется оптимальной антирефлюксной защитой, достоверно минимальным риском возникновения стриктуры мочеточников. При УИА по типу субсерозной инвагинации эндоскопическая идентификация и доступность для ретроградных манипуляций устьев мочеточников возможны в большинстве случаев.

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В ОНКОЛОГИИ

ВОЗМОЖНОСТИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО

Аминов С.А.

ГУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер»

Рак легкого до сих пор является доминирующей онкологической патологией, как по заболеваемости, так и по смертности. В связи с этим представляется актуальной задача применения новых, высокоэффективных методов лечения рака легкого.

Цель работы. Определить возможность неoadьювантной эндобронхиальной, интраоперационной и интракавитальной фотодинамической терапии (ФДТ) препаратом «Фотодитазин» немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ).

Материалы и методы. Неoadьювантная эндобронхиальная ФДТ проведена у 64 больных центральным НМРЛ. Доза «Фотодитазина» 1 мг/кг, плотность энергии 300Дж/см². Интраоперационная ФДТ проведена у 192 больных НМРЛ I-IIIА ст. Доза «Фотодитазина» 1 мг/кг, плотность энергии 40Дж/см². Интракавитальная ФДТ (в полость респираторного НМРЛ) проведена 14 больным. Доза «Фотодитазина» 1 мг/кг, плотность энергии 300Дж/см².

Результаты. Эндобронхиальная ФДТ у 30 пациентов привела к полному эффекту, у 22 – к частичному и у 12 – отсутствию эффекта. Это позволило уменьшить объем резекции легкого (stage down). Интраоперационная ФДТ снизила частоту послеоперационных осложнений и привела к отсутствию злокачественных клеток в плевральном выпоте по дренажам. Интракавитальная ФДТ привела к более медленному росту опухоли и меньшему снижению качества жизни, а также увеличению продолжительности жизни у этой категории больных.

Выводы. Фотодинамическая терапия препаратом «Фотодитазин», в комбинированном лечении НМРЛ является высокоэффективным методом, способным улучшить результаты лечения больных НМРЛ.

СУБЪЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ СОЧЕТАННОГО ЛЕЧЕНИЯ КОСТНЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ И ВИХРЕВЫМ МАГНИТНЫМ ПОЛЕМ (ВМП)

Бахмутский Н.Г., Василенко И.Н.

Кафедра онкологии с курсом торакальной хирургии КГМУ, г. Краснодар, Россия.

Актуальной проблемой в онкологии является поиск и разработка новых схем и методик лечения больных с костными метастазами рака молочной железы (РМЖ). Учитывая противоболевый, противоопухолевый, радиомодифицирующий эффекты ВМП, обоснована целесообразность его сочетанного применения с лучевой терапией при лечении этой патологии. Чтобы оценить преимущества данного способа, методом рандомизации были сформированы 2 группы больных (по 20 женщин), в контрольной использовали только лучевую терапию, в основной – комбинацию лучевой и магнитотерапии. В контрольную группу включены женщины возрастом от 36 до 60 лет. Локализация метастазов - грудной и поясничный отдел позвоночника, кости таза, ребра, проксимальные отделы бедренных костей. До назначения

курса лучевой терапии у 18 больных лечение проводили анальгетиками, химиотерапией, гормонотерапией. 12 больных получали бисфосфонаты. В основной группе возраст наблюдаемых женщин был от 42 до 62 лет. Метастазы локализовались в позвонках грудного и поясничных отделов, костях таза, в бедренной и плечевой костях, ребрах. До назначения сочетанного лечения больные получали обезболивающие, гормонотерапию, химиотерапию, бисфосфонаты. В контрольной группе противоболевой эффект достигнут в течение 2-4 недель у 75% больных (у 55% - полный) при его длительности в 12,2 мес. В основной группе результаты были лучше, противоболевой эффект достигнут у всех 20 больных (100%, в 85% - полный) и его длительность была 20,3 мес. Различия статистически достоверны ($p < 0,05$). Таким образом, с целью усиления противоболевого эффекта и улучшения качества жизни у больных раком молочной железы с метастазами в кости нами рекомендуется их сочетанное лечение лучевой терапией с ВМП.

ИЗБИРАТЕЛЬНАЯ ХРОНОФОТОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ИММУНОКОРРЕКЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И МЕЛАНОМЕ КОЖИ.

Борисов В.А., Гусева О.А., Григорян С.С.

Центр Биохронотерапии,
НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи РАМН,
Москва, Россия

В настоящей работе исследовали эффективность метода избирательной хронофототерапии (ИХФТ) с хлорином Е6, включающего лазеротерапию (длина волны 662 нм; мощность 2 Вт с биоуправлением с датчиков дыхания и пульса), применяемого в Центре Биохронотерапии для коррекции иммунных расстройств у больных раком молочной железы (РМЖ) и с меланомой кожи (МК).

Всего было обследовано 85 человек, из которых 19 - с РМЖ и 11 - с МК до и на фоне применения ИХФТ (более 3-х точек с интервалом 1 мес.). Исследование включало: подсчет лейкоцитов, лимфоцитов; иммунофенотипирование по 10 показателям (CD3, CD4, CD8, CD16/56, CD19, CD38, CD54, CD71, CD95); определение фагоцитарной активности, спонтанного кислородного метаболизма нейтрофилов и концентрации сывороточных IgA, IgG, IgM.

Практически у всех больных положительная динамика иммунологических показателей отмечалась уже через 1 мес. применения ИХФТ. Выраженные позитивные изменения наблюдались в Т- и НК-клеточных звеньях иммунитета, а также в экспрессии CD54 и CD71. У больных РМЖ отмечалась нормализация в первую очередь ЦТЛ (96%) и CD56NK (73%), в то время как при МК - Т-хелперов (81%) и CD16NK (96%). Экспрессия CD54 и CD71 на лимфоцитах крови достигала нормального уровня у 98% и 50% больных соответственно, но у 50% отмечена достоверная тенденция к нормализации уровня экспрессии CD71.

Таким образом, метод ИХФТ обладает иммуномодулирующим действием и может быть использован для коррекции иммунологических расстройств у онкологических больных, проходящих курс реабилитации.

ОБЪЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ЛЕЧЕНИЯ КОСТНЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ И ВИХРЕВЫМ МАГНИТНЫМ ПОЛЕМ (ВМП)

Василенко И.Н., Бахмутский Н.Г.

ГУЗ «Клинический онкологический диспансер №1», г. Краснодар, Россия.

Целесообразно использование сочетания лечения лучевой терапией и ВМП костных метастазов рака молочной железы (РМЖ). Цель настоящего исследования – изучение объективного эффекта такого сочетанного воздействия. Для оценки методом рандомизации были сформированы 2 группы больных (по 20 женщин) – основная и контрольная. В контрольной использовали только лучевую терапию, в основной – комбинацию лучевой и ВМП. В контрольную группу вошли женщины с локализацией метастазов в грудной и поясничный отдел позвоночника, кости таза, ребра, бедренные кости. Ранее им было проведено лечение анальгетиками, химиотерапией, гормонотерапией, бисфосфонатами. Предъявляли жалобы на сильные боли (85,0%), нарушение функции конечности (65,0%), прощупываемую опухоль (5,0%), повышение температуры тела (15,0%). В основной группе метастазы локализовались в позвонках грудного и поясничных отделов, костях таза, в бедренной и плечевой костях, ребрах. Из-за отсутствия эффекта от обезболивающих препаратов, гормонотерапии, химиотерапии, бисфосфонатов, больные получили лечение лучевой терапией в комбинации с ВМП. При оценке объективного эффекта, регистрируемой после проведения мероприятий рентгенологическим методом, отмечено, что репарация очага зарегистрирована в 65,0% (13 больных), стабилизация в 30,0% (6 больных), прогрессирование – 5,0% (1 больная). В основной группе показатели объективного эффекта оказались намного лучше: репарация – 80,0% (16 больных), стабилизация – 20% (4 больные), а прогрессирования не отмечено. Таким образом, с целью усиления объективного эффекта и улучшения качества жизни у больных РМЖ с метастазами в кости нами рекомендуется их лечение лучевой терапией в комбинации с ВМП.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С ФОТОДИТАЗИНОМ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА IIIБ СТАДИИ

Гафтон Г.И., Гельфонд М.Л., Егоренков В.В., Гельфонд В.М.

ФГУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова» Росмедтехнологий

Стандартным и обязательным условием операций по поводу рака желудка сегодня является лимфодиссекция. Если при отсутствии метастазов в регионарных лимфатических узлах, 5-летняя выживаемость после радикальной операции составляет 50-60%, то данный показатель при наличии метастазов составляет только 10-20%. Нередки локальные рецидивы, которые еще более ухудшают прогноз.

Цель работы - улучшение отдаленных результатов лечения путем повышения радикализма хирургических вмешательств по поводу рака желудка IIIб стадии с помощью ФДТ.

Материал и методика. Интраоперационной фотодинамической терапии подвергались 16 групп регионарных лимфатических узлов от N¹ до N⁴ (по японской классификации 1998г.). Фотосенсибилизатор Фотодитазин вводился примерно за 2 часа до выполнения лимфодиссекции. Облучение осуществлялось с помощью полупроводникового лазера Latus-2 с длиной волны излучения 662нм и выходной мощностью 2 Вт.

Результаты. В работе приведены данные пилотных исследований интраоперационного фотодинамического облучения регионарных лимфатических узлов у 26 больных раком желудка с IIIб стадией опухолевого процесса, гистологически верифицированного, как перстневидноклеточный рак. Минимальный период наблюдения составил 2 года. По данным динамического наблюдения (компьютерная томография грудной и брюшной полости, ФГДС) у 23-х из 26 пациентов (88,5%) к настоящему времени нет признаков рецидива и метастазов. У 1 больного выявлен рецидив в зоне гастроэнтероанастомоза, что потребовало проведения повторного оперативного вмешательства. Один пациент получает специализированное лечение по поводу прогрессирования опухолевого процесса (метастатическое поражение печени). Третий пациент умер от

сердечно-сосудистой патологии через 6 месяцев после хирургического вмешательства.

Заключение. Проведенные исследования показали, что интраоперационная фотодинамическая терапия с Фотодитазинном может использоваться в целях предупреждения прогрессирования рака желудка в группе высокого риска генерализации опухолевого процесса

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПОНЕНТОВ ДОНОРСКОЙ КРОВИ.

Домрачев С.А., Сукач С.Е.

Институт повышения квалификации ФМБА, Москва, Городская больница №1, Норильск

Как известно, в последнее время клиницисты крайне сдержанно относятся к переливанию компонентов донорской крови (КДК). Нами была разработана комплексная программа аутодонорства, позволяющая отказаться от использования (КДК) при кровопотере до 35% ОЦК.

Задачи исследования. Изучить влияние нутритивной поддержки на некоторые показатели питательного статуса у больных, оперированных без использования компонентов донорской крови.

Материал и методы исследования. Исследование выполнено у 35 больных с различными онкологическими заболеваниями (1 группа), которым в процессе предоперационной подготовки проводили нутритивную поддержку. Группу сравнения составили 33 больных (2 группа), которым ее не делали. Группы были сравнимы по нозологии, полу и возрасту и по состоянию питательного статуса. Больным обеих групп проводили в предоперационном периоде плазмаферез с заготовкой от 300 до 1600 мл аутоплазмы, на операционном столе острую нормоволемическую гемодилюцию с эксфузией цельной крови от 250 до 850 мл. Заготовленные атоплазму и кровь возвращали во время и после операции. Алиментарный статус оценивали по исходной массе тела, ее дефициту, уровню общего белка и альбуминов. Предоперационную нутритивную поддержку проводили препаратами для зондового питания (нутризон, нутрикомб), а также инфузией оликлинамеля и кабивена.

Результаты исследования. У пациентов обеих групп после процедуры плазмафереза наблюдалось достоверное снижение уровня общего белка. Однако у больных 1 группы уровень общего белка у больных первой группы, получавших нутритивную поддержку

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ СО, ЛАЗЕРНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ ДЛЯ ПРЕЦИЗИОННОГО УДАЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Кортунов В.Н., Дмитриев А.К., Коновалов А.Н., Ульянов В.А.

Институт проблем лазерных и информационных технологий РАН, Московская область, г.Троицк

Использование высокоинтенсивного лазерного излучения в хирургии имеет свои особенности, связанные с локальностью и бесконтактностью воздействия, а также высокой скоростью испарения ткани. Это накладывает повышенные требования на безопасность лазерной системы и профессионализм хирурга, который должен достаточно быстро отслеживать результат воздействия лазерного излучения на ткань. В связи с этим, во многих операциях с использованием лазерного скальпеля необходим оперативный мониторинг операции и управление процессом лазерного воздействия на биоткань, например, когда требуется удалить только определенную ткань без повреждения другой, прервать процесс при нежелательном ходе хирургического вмешательства и т.п. Создание интеллектуальных лазерных хирургических систем является актуальной задачей современной хирургии.

Нами представлены результаты разработки новых подходов в создании интеллектуальных хирургических лазерных систем с системой обратной связи на основе самоиндуцированного автодиного эффекта, возникающего в лазерах при абляции биотканей. Суть подхода заключается в оперативной обработке автодиного сигнала,

возникающего в лазере, с целью выявления типа испаряемой ткани и коррекции при необходимости параметров подаваемого на биоткань лазерного излучения. На основе данного метода была создана интеллектуальная хирургическая установка на базе CO₂ лазера с ВЧ накачкой активной среды с системой оперативного контроля процесса испарения биотканей. Система позволяет в реальном режиме времени определять момент перехода от испарения патологической ткани к здоровой и обратно, и соответственно оперативно изменять мощность лазерного излучения, или подавать звуковой сигнал для предупреждения хирурга. Проведены клинические испытания созданной CO₂ лазерной интеллектуальной хирургической установки для прецизионного удаления новообразований.

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОГО МЕТОДА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АБЛАЦИИ ОПУХОЛЕЙ

Назаренко Г.И., Хитрова А.Н., Краснова Т.В.

Медицинский Центр банка России,
г. Москва

Ультразвуковая абляция заявила о себе как о многообещающем методе локального лечения опухолей без нарушения целостности кожных покровов и повреждения здоровых тканей с помощью фокусированного ультразвука высокой энергии. Цели исследования: оценить возможность применения и безопасность метода для лечения опухолей человека различной локализации. Материалы и методы: с июля 2008 г по апрель 2010 года в Медицинском Центре Банка России (г. Москва) было выполнено абляция 6 метастатических очагов в печени, 2 опухолей поджелудочной железы, 4 опухолей молочных желез, 108 узлов фибромиомы матки. Лечение осуществлялось на аппарате модели JC (HAIFU Technology Co, China) под ультразвуковым наведением в режиме реального времени. Методами контроля эффективности лечения являлись: КТ, МРТ с контрастным усилением, столбиковая биопсия, гистологические исследования после мастэктомии. Результаты: во всех случаях отмечалась хорошая переносимость процедуры, хотя у онкологических пациентов абляция проводилась на фоне продолжительной полихимиотерапии. Отмечались следующие побочные эффекты: отек молочных желез, проходящий через неделю после процедуры, уплотнение в зоне абляции, проходящее в течение 7-9 месяцев после процедуры, при лечении очагов в печени – кратковременное повышение уровня трансаминаз, температура до 38 ° до 3-х дней после абляции, уплотнение мягких тканей межреберья при лечении подкапсульного очага. Клинически значимых осложнений зарегистрировано не было. Результаты лечения оценивались по объему частичной или полной абляции опухолевых узлов в зависимости от поставленной цели лечения (радикальное или паллиативное лечение).

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЛОСТИ РТА И КОЖИ.

Петровский В.Ю., Титова В.А.

ФГУ РНЦРР Росмедтехнологий,
г. Москва, Россия

Введение. Злокачественные опухоли полости рта в структуре онкологических заболеваний сохраняют высокие показатели заболеваемости среди населения России. Прирост заболеваемости на 100 тысяч населения России за последние 10 лет новообразованиями полости рта и глотки составил 10,4% (Старинский В.В., 2008). Больные с III и IV стадиями заболевания выявляются почти в 70% случаев (Давыдов М.И., 2007). Разработка новых медицинских технологий с применением ФДТ в комплексных и комбинированных программах лечения у больных рака полости рта является актуальной.

Цель: повышение эффективности комплексных программ лечения рака полости рта и кожи с использованием фотодинамической терапии.

Материал и методы: Комплексная программа лечения проведена 22 больным с применением лучевой терапии (ЛТ), полихимиотерапии (ПХТ) и фотодинамической терапии (ФДТ). Рак полости рта диагностирован у 12 больных, 10 больных - рак кожи головы. При раке полости рта с T1NoMo выявлено 2 больных, T2NoMo - 8 больных,

T3-4NoMo – 2 больных. При раке кожи с T1NoMo выявлено 5 больных, T2NoMo – 5 больных. Лекарственная терапия проводилась по схеме: 5-фторурацил внутривенно в дозе 750-500 мг/м² с 1 по 4 дни и в 5 день карбоплатин в дозе 450-500 мг на фоне сопроводительной терапии. Лучевая терапия проводилась на гамма-аппаратах или ЛУЭ 6Мэв с использованием режима фракционирования с ежедневной разовой дозой 2Гр (у 4 больных) и с разовой дозой 3Гр (у 8 больных) до суммарной очаговой дозы экв 38-40Гр. ФДТ при раке слизистой полости рта применена как этап многокомпонентного лечения. При раке кожи ФДТ использовалась в самостоятельном лечении. Лазерное облучение проводилось на аппарате «Лазон-ФТ» (рег. удостоверение №ФСР 2009/04660 от 02.04.2009 г.) с применением фотосенсибилизаторов хлоринового ряда (радахлорин, фотолон) в непрерывном режиме облучения с выходной мощностью 0,3-0,5 Вт и дозой поглощения 200 Дж/см².

Результаты: Всего проведено 23 сеансов ФДТ. Сроки наблюдения составили 18-24 месяца, в среднем 21 месяцев. Полная регрессия при раке полости рта отмечена у 66,8% больных, стабилизация - у 16,6%, частичная регрессия – у 16,6%. Полная регрессия отмечена у всех больных раком кожи головы (100%) без признаков прогрессирования на протяжении 24 месяцев и с хорошим косметическим эффектом.

Выводы: 1) ФДТ в самостоятельном режиме лечения является высокоэффективной при лечении рака кожи. 2) При местнораспространенном раке полости рта ФДТ может применяться в комплексных программах лечения.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ РАКА ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Полькин В.В., Каплан М.А., Медведев В.С., Мардынский Ю.С., Семин Д.Ю., Капинус В.Н., Спиченкова И.С., Исаев П.А., Дербуггов Д.Н., Раджапова М.У.

Медицинский радиологический научный центр РАМН,
Обнинск, Россия.

Введение. Фотодинамическая терапия (ФДТ) основана на способности фотосенсибилизаторов селективно накапливаться в ткани опухоли и при локальном воздействии лазерного облучения оказывать токсический эффект на опухолевые клетки.

Цель. Улучшение результатов комплексной терапии больных плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта.

Материалы и методы. В основу работы положены наблюдения 42 больных раком слизистой оболочки полости рта в возрасте от 28 до 81 года. У 27 больных (64,3%) опухоли были рецидивными или остаточными после комбинированного лечения. В качестве фотосенсибилизатора использовался препарат «Фотолон» в дозах 0,9-2,0 мг/кг, который обладает полосой поглощения в красной области спектра - 660-670 нм. В качестве источника света использована лазерная установка «Аткус-2» с длиной волны 662 нм и выходной мощностью от 0,4 до 2,0 Вт. При дистанционном облучении световая доза составляла от 100 до 300 Дж/см², при контактом облучении от 200 до 600 Дж/см². Количество сеансов ФДТ у одного пациента варьировало 1-3. Проведено 57 сеансов. Суммарная очаговая доза дистанционной гамма-терапии составила 38-66 Гр.

Результаты. Через 2 мес. полная регрессия опухоли у 33 больных, частичная – у шести, стабилизация – у трех. Т.о., общий ответ на лечение 92,9%. Сроки наблюдения от 2 до 56 месяцев. В процессе динамического наблюдения от прогрессирования основного заболевания умерло 9 (21,4%) больных. Рецидивы опухоли выявлены у 11 (26,2%) больных.

Выводы. ФДТ в программах органосохраняющего лечения рака ротофарингеальной области является эффективной в комбинации с традиционными методами лечения.

**КИНЕТИКА РОСТА И МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ
КАРЦИНОСАРКОМЫ УОКЕРА (КУ)
ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ВИХРЕВОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ (ВМП)**

Порханов В.А., Бахмутский Н.Г., Бодня В.Н.

Кафедра онкологии с курсом торакальной хирургии ГУ ВПО КГМУ,
г. Краснодар

В работе представлены результаты экспериментов по изучению кинетики роста и метастазирования экспериментальной опухоли КУ при воздействии ВМП, генерируемого установкой «Магнитотурботрон», предложенной для лечения больных со злокачественными новообразованиями. В экспериментах использовали крыс-самок линии Вистар, разведения питомника «Столбовая». Было сформировано 2 группы – опытная и контрольная по 60 животных. Перевивку КУ осуществляли подкожно в область паховой складки, количеством инокулята – 0,5 мл, использовали четвертую генерацию опухоли. Оценку противоопухолевой эффективности ВМП проводили по общепринятым методикам экспериментальной терапии опухолей, используя такие параметры, как кинетика изменения среднего объема опухолей у животных-опухоленосителей с удельной скоростью её роста, процент торможения роста опухоли. Регистрировали изменения с 20 по 35 сутки роста КУ, воздействие ВМП начинали на 5 сутки. Изучение метастазирования в регионарные лимфоузлы проводили поэтапно от 5-ти животных, исследуя по 5-6 лимфоузлов каждого. Кинетика изменения роста опухоли была представлена следующими показателями (20, 25, 30, 35 сутки после перевивки): средний объем опухоли составлял, соответственно, - $2,32 \pm 1,05$ (контроль $11,76 \pm 1,89$, $t=4,37$), $1,27 \pm 0,86$ (контроль $15,44 \pm 3,92$, $t=3,53$), $1,16 \pm 1,09$ (контроль $17,01 \pm 4,18$, $t=3,67$), $0,06 \pm 0,05$ (контроль $22,48 \pm 6,24$, $t=3,59$); процент торможения роста опухоли – $80,27 \pm 12,82\%$, $91,77 \pm 8,28\%$, $93,18 \pm 7,54,99\%$, $73,04 \pm 1,49\%$; средняя удельная скорость роста опухоли – 0,2 (контроль 0,09), -0,12 (контроль 0,05), -0,02 (контроль 0,02), -0,59 (контроль 0,06). Метастазы в регионарные лимфоузлы опытной группе определяли на 5 суток позже, чем в опытной. Таким образом, ВМП угнетает рост КУ и задерживает процессы метастазирования её в регионарные лимфатические узлы.

**МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КАРТИНА
РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ И МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ
ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ВИХРЕВОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ (ВМП)
В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.**

Порханов В.А., Бахмутский Н.Г., Бодня В.Н.

Кафедра онкологии с курсом торакальной хирургии ГУ ВПО КГМУ

Состояние регионарных к опухоли лимфатических узлов часто оказывает решающее влияние на течение опухолевого процесса. В работе изучена морфофункциональная картина регионарных лимфоузлов у крыс Вистар с перевиваемой опухолью карциносаркомой Уокера, привитой в паховую область (по 20 животных в группе). В контрольной группе определяли незначительное число лимфоидных фолликулов в метастатических лимфатических узлах с его снижением до конца эксперимента. Паракортикальная зона представляла узкую полосу лимфоидной ткани, расположенную между корковым и мозговым веществом, с единичными посткапиллярными венулами, что является признаком снижения активности Т-зависимой зоны. Мозговое вещество состояло из узких мякотных тяжей с малыми и средними лимфоидными клетками и системы мозговых и промежуточных синусов. Промежуточные синусы расширены, с единичными малыми лимфоидными клетками, гистиоцитами и плазматическими клетками - признаки низкой лимфогистиоцитарной активности синусов лимфатического узла. В опытной группе происходило увеличение числа лимфоидных фолликулов. Паракортикальная зона состояла из малых лимфоидных клеток, в виде широкой полосы лимфоидной ткани с большим числом посткапиллярных венул, что свидетельствовало о высокой активности Т-зависимой зоны. Мозговое вещество было с расширенными мякотными тяжами, промежуточными и мозговыми синусами, занимающими центральную часть лимфоузла. В мякотных тяжах – бластные формы лимфоцитов, в расширенных промежуточных и мозговых синусах - ги-

стиоциты с вакуолинизированной цитоплазмой, т.е. с выраженным синусовым гистиоцитозом. Метастатическое поражение лимфатических узлов в опытной группе при воздействии ВМП определяли на 5 суток позже показателей контроля.

**ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ СОПРОВОЖДЕНИЯ НА ЭТАПАХ
ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ
ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ.**

*Филоненко Е.В., Бойко А.В., Демидова Л.В., Телеус Т.А.,
Дунаева Е.А., Немцова Е.Р., Ерохов С.В.*

Одной из актуальных проблем современной онкологии является разработка эффективных методов профилактики и лечения лучевых реакций различных тканей и органов при лечении злокачественных заболеваний женской половой сферы

Лучевые реакции прямой кишки и мочевого пузыря составляют основу ранних и поздних лучевых повреждений у больных раком женской половой сферы и во многом определяют качество жизни излеченных от опухоли больных. Частота поздних лучевых осложнений смежных с маткой органов, по данным различных авторов, составляет 5-10%, достигая в некоторых клиниках 45-50%. У ряда больных развитие ранних лучевых реакций в процессе лучевой терапии может повлечь за собой прерывание курса лечения и невозможность подведения полной терапевтической дозы в запланированные сроки.

В МНИОИ им. П.А.Герцена для профилактики лучевых реакций у 58 пациенток нами проводились курсы низкоинтенсивной лазерной терапии. Лечение проводилось пациенткам с диагнозом рак шейки матки (74.1%) 1-3 стадиями Т1b-3N0-1M0-1 и рак эндометрия (25.9%) 1-3 стадиями Т1b-2N0-1M0, суммарная доза облучения составила 40-50 Гр. Лечение проводилось на аппарате «Милта» с целью профилактики лучевых реакций у больных получающих лучевую терапию путем одновременного воздействия постоянным магнитным полем, импульсным лазерным и непрерывным светодиодным излучением ближнего инфракрасного диапазона длин волн оптического спектра. Аппарат генерирует импульсное излучение с длиной волны 0,85-0,89 мкм, мощность излучения светодиодов 50 мВт, частота импульсного лазерного излучения от 600 Гц. Лазерные сеансы лазерного лечения проводились ежедневно с первого дня проведения лучевой терапии. Количество сеансов - 15. У каждой пациентки низкоинтенсивное магнитно-лазерное воздействие проводилось на 5 зон облучения (зоны проекции прямой кишки, мочевого пузыря и кишечника). Время воздействия на одну зону составляло 120 секунд. Применение лазерной терапии позволило сократить выраженность лучевых реакций. У 30% на фоне лечения развивались лучевые реакции легкой степени выраженности. Несмотря на развитие у ряда пациенток лучевых реакций все пациентки закончили полный курс лучевой терапии без прерывания лечения.

Низкоинтенсивная магнито- лазерная терапия является эффективным дополнением стандартного лечения и профилактики лучевых повреждений здоровых органов и тканей. Низкоинтенсивная магнито-лазерная терапия позволяет провести запланированный курс лучевой терапии в полном объеме без прерывания лечения на купирование лучевых реакций.

**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
У БОЛЬНЫХ ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА
III-IV СТАДИИ**

Филоненко Е.В. Вашакмадзе Л.А. Кириллов Н.В.

МНИОИ им. П.А. Герцена,
Москва.

Введение. Полное удаление первичной опухоли и определяемых интраоперационно метастатических очагов при местнораспространенном и диссеминированном раке желудка не приводит к стойкому выздоровлению из-за высокой частоты прогрессирования опухолевого процесса, реализующегося через субклинические метастазы.

Цель работы. Ведется поиск и разработка новых комбинированных методов лечения с целью улучшения результатов хирургического лечения. В МНИОИ им. П.А. Герцена разработана методика интраоперационной фотодинамической терапии брюшины с местнораспространенным и диссеминированным раком желудка.

Материалы и методы. За исследуемый период ИОФДТ проведена 57 пациентам с местнораспространенным и диссеминированным раком желудка, которым выполнены условно радикальные (R0) и циторедуктивные операции. Критерием отбора в группу являлись данные предоперационного обследования: наличие выхода опухолевой инфильтрации за пределы стенки желудка - T3-4NX-3M0. Из них 17 мужчин и 40 женщин в возрасте от 22 до 70 лет. В 6 случаях II стадия (10,5%), в 4 случаях IIIA стадия (7%), в 13 случаях IIIB стадия (22,8%), в 34 случаях IV стадия (59,6%). Для проведения ИОФДТ за 48 часов больному внутривенно вводили отечественный фотосенсибилизатор «Фотогем» в дозе 2,5 мг/кг. После завершения хирургического в полном объеме, проводили сеанс облучения париетальной брюшины. Использовали лазерную установку ЛФТ-630-01 «Биоспек» (длина волны 630 нм), плотность энергии 6 Дж/см², общая энергия до 1680 Дж. Частота и выраженность хирургических осложнений при данной методике не отличалась от операций без ИОФДТ соответствующего объема. Предлагаемая методика ИОФДТ вследствие относительной простоты, малоинвазивности не приводит к развитию осложнений, незначительно удлиняет время операции и может применяться для повышения абластики при хирургическом лечении больных с местнораспространенным и диссеминированным раком желудка.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСERA МЗ РТ

Хусаинова Г.Н., Дуглав Е.А., Иванов А.И., Гатауллин И.Г., Хасанов Р.Ш.

Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань, респ. Татарстан

Цель исследования: Определение возможности применения фотодинамической терапии (ФДТ) больным в условиях онкологического стационара.

Материалы и методы: фотодинамическая терапия проведена 6 пациентам с патологией ротовой полости (лейкоплакия ротовой полости; остаточные опухоли слизистой оболочки дна полости рта и ротоглотки); 1 пациент с рецидивом рака нижней губы T2N0M0; 6 пациентам с патологией гортани (у 2 была диагностирована лейкоплакия гортани; у 2 папилломатоз гортани; у 1 рецидив рака гортани после лучевой терапии (гистологический вариант Ca in situ), у 1 пациента рецидив рака гортани T3NxM0, стеноз гортани); 1 пациент с Ca in situ пищевода; 3 пациентки с Ca in situ культи влагалища; 1 пациентка с раком вульвы T3NxM0. Фотодинамическая терапия проводилась препаратами фотодитазин и фотолон в дозе 0,7-1 мг/кг и лазерным облучением через 2-3 часа после внутривенного введения фотосенсибилизатора на лазерном аппарате «Латус-2» мощностью на выходе от 0,7 до 1,2 Вт с помощью световодов с микролинзами и цилиндрическим диффузором, плотность энергии составила от 150 до 450 Дж/см².

Количество сеансов варьировало 1-2 в зависимости от клинической ситуации. Для купирования болевого синдрома использовались нарко-

тические и ненаркотические анальгетики. Непосредственные результаты оценивались через 2 месяца.

Результаты: Из 6 пациентов с патологией ротовой полости полная регрессия процесса достигнута у 5; у пациента с продолженным ростом опухоли ротоглотки – стабилизация процесса с купированием болевого синдрома. Такой же эффект был достигнут и у пациента с рецидивом рака нижней губы T2N0M; полная регрессия опухоли была отмечена у 5 пациентов с патологией гортани, у пациента со стенозом гортани уменьшился опухолевый компонент, что значительно улучшило качество жизни пациента, что позволило перейти к следующему этапу лечения. У пациента с Ca пищевода отмечена полная регрессия опухоли. У пациентки с Ca in situ культи влагалища через 1 месяц после фотодинамической терапии при цитологическом исследовании не выявлено атипических клеток. Пациентке с раком вульвы T3NxM0 фотодинамическая терапия проводилась с целью уменьшения объема опухоли, что и было достигнуто и позволило перейти к следующему этапу лечения. В течение 12 месяцев повторных рецидивов не выявлено.

Выводы: фотодинамическая терапия может эффективно применяться для лечения пациентов онкологического стационара как самостоятельный метод лечения, так и в сочетании с другими методами лечения.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА КОЖИ МЕТОДОМ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСERA МЗ РТ.

Хусаинова Г.Н., Гатауллин И.Г., Хасанов Р.Ш.

Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань, респ. Татарстан

Цель исследования: Определение возможности применения фотодинамической терапии больным в условиях онкологического стационара.

Материалы и методы: в условиях онкологического стационара была проведена фотодинамическая терапия 10 пациентам с рецидивом рака кожи после комбинированных методов лечения; 3 пациенткам с внутрикожными метастазами рака молочной железы и 2 пациенткам с внутрикожными метастазами меланомы. Фотодинамическая терапия проводилась препаратами фотодитазин и фотолон в дозе 0,7-1 мг/кг и лазерным облучением через 2-3 часа после внутривенного введения фотосенсибилизатора на лазерном аппарате «Латус-2» с мощностью на выходе от 0,7 до 1,2 Вт с помощью световодов с микролинзами. Количество сеансов варьировало 1-3 в зависимости от клинической ситуации. Для купирования болевого синдрома использовались наркотические и ненаркотические анальгетики. Непосредственные результаты оценивались через 2 месяца.

Результаты: у 1 пациента из 10 с рецидивом плоскоклеточного рака кожи T2N0M0 отмечена частичная регрессия, что позволило улучшить качество жизни, у остальных пациентов была достигнута полная регрессия опухоли. У пациенток с внутрикожными метастазами рака молочной железы и меланомы также была достигнута полная регрессия очагов. В течение 12 месяцев повторных рецидивов не выявлено.

Выводы: в условиях онкологического стационара фотодинамическая терапия может эффективно применяться для лечения пациентов с данными диагнозами как самостоятельный метод лечения.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ХИМИОПЕРФУЗИИ ПРИ АСЦИТИЧЕСКИХ ФОРМАХ РАКА ЯИЧНИКОВ

*Абдихакимов А.Н., Сулаймонов Д.А., Гафур-Ахунов М.А.,
Касымов А.А., Абдухакимов У.Н.*

ТашиУВ, ТашООД
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценка непосредственных результатов послеоперационной гипертермической интраперитонеальной химиоперфузии (ГИХ) у пациенток с асцитической формой рака яичников (АФРЯ).

Материал и методы: У 27 больных с АФРЯ произведены следующие виды оперативных вмешательств: Ампутация матки с придатками + резекция большого сальника – 18(III_c стадии), Экстирпация матки с придатками + резекция большого сальника – 4(III_c стадии), двухсторонняя аднексэктомия + резекция большого сальника – 4(II_c стадии), односторонняя аднексэктомия + резекция большого сальника – 1(I_c стадии).

После операции ГИХ проводили через дренажную систему, типа “перитонеального диализа”, с использованием аппарата собственной конструкции, на основе насоса от аппарат искусственного кровообращения. Длительность сеанса от 60 до 90 минут. Поддержка температурного режима при входе 45–46°C, при выходе – 38–39°C. Раствор для ГИХ – Изотонический раствор NaCl 0,9% – от 1500 до 3000мл в зависимости от объема брюшной полости и раствор цисплатин 100мг.

Результаты и обсуждения: В трех случаях (11,1%), наблюдался парез кишечника, в одном случае (3,7%) транзиторная почечная недостаточность, которые скорректировано консервативно. У остальных пациенток, осложнений не отмечалось, и все выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы: Предварительные результаты наших наблюдений показывают что ГИХ является вполне переносимой процедурой с сопоставимым удельным весом осложнений и может быть рекомендована для программ комбинированного лечения асцитической формы рака яичника.

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ «АЛЛОКИНА-АЛЬФА» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕДРАКА ШЕЙКИ МАТКИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВПЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Бахлаев И.Е., Ковчур П.И.

ГОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»,
Петрозаводск, Россия.

Цель. Определить иммунологическую эффективность «Аллокина-альфа» при лечении женщин с предраком шейки матки, инфицированных ВПЧ.

Материал и методы. В динамике изучено состояние иммунной супрессии у 14 больных с предраком шейки матки и хронической ВПЧ-инфекцией при комплексном лечении «Аллокином-альфа». Для оценки функционального состояния регуляторных лимфоцитов (Treg) определяли уровень экспрессии гена трансформирующего фактора роста-β 1 (TGF-β1) – основного цитокина-ингибитора, а также уровень экспрессии гена транскрипционного фактора FOXP3 в лимфоцитах периферической

крови. Контрольную группу составили 12 здоровых лиц.

Результаты. У больных с предраком шейки матки выявлена повышенная функциональная активность Treg-лимфоцитов. Уровень экспрессии TGF-β1 и FOXP3 был выше у больных (1,30±0,13 и 1,00±0,08) и (1,25±0,12 и 1,00±0,06, p<0,05). Это свидетельствует об активации регуляторных лимфоцитов-супрессоров с фенотипом CD4⁺FOXP3⁺. Оценка показателей иммунной супрессии после лечения зависела от группы больных: 1 (n=6) – пациенты, где была проведена диатермоконизация шейки матки и затем «Аллокин-альфа»; 2 (n=8) – лечение «Аллокином-альфа» без ликвидации очага хронической ВПЧ инфекции на шейке матки. Отмечено снижение уровня TGF-β1 и FOXP3 в группе 1 после терапии «Аллокином-альфа» 1,62±0,21 и 1,50±0,17 (до лечения), 1,17±0,22 и 1,28±0,12 (после лечения).

Выводы. Больные с предраком шейки матки характеризуются определенным уровнем иммунной супрессии. Применение «Аллокина-альфа» представляет собой возможность его использования для иммунной модуляции с целью усиления противовирусного иммунного ответа.

ПРОВЕДЕНИЕ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОЧЕТАНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ОРГАНОВ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ.

*Вельшер Л.З., Киркин В.В., Назаренко З.Н.,
Решетов Д.Н., Евграфова О.Н.*

Московский государственный медико-стоматологический университет
Кафедра онкологии и лучевой терапии.

Актуальность проблемы: Россия относится к странам с высоким уровнем демографического старения. По данным ВОЗ доля лиц старше 60 лет составляет 18,5. Особенностью патологий, у лиц старшего возраста является сочетание двух и более конкурирующих заболеваний, требующих хирургического вмешательства. Частота сочетанных хирургических и гинекологических заболеваний составляет от 3.1 до 15 % случаев.

Цель исследования: Анализ результатов применения симультанных операций при наличии двух сочетанных хирургических патологий у пациенток пожилого возраста.

Материалы и методы. В период с 2003 по 2009 г. в отделении онкогинекологии наблюдались 227 гинекологических больных от 50 до 68 лет с сочетанной хирургической патологией: холецистит и грыжи различных локализаций. Большим по показаниям выполнены симультанные операции в два этапа, используя лапароскопический, лапаротомный или комбинированный доступы. Видеоэндоскопия в последнем случае приобретает не только лечебное но и диагностическое значение.

Результаты и обсуждение. Пациенткам было произведено 168 экстирпаций и 59 надвлагалищных ампутаций матки лапаротомным доступом. Операции на органах женской репродуктивной системы в 62,9% (143 пациентки) случаев сочетались с лапароскопической холецистэктомией и в 37,1% (84 пациентки) случаев- с герниопластикой по Лихтенштейну. Результаты проведенных симультанных операций сравнивались с данными о результатах хирургических вмешательств, проведенных изолированно.

После симультанных операции, активизация пациентов проводилась на 2-3-е сутки, равно как и после изолированных лапаротомных операциях.

В раннем послеоперационном периоде наблюдалось 7,5% осложнений (гематомы прикультевой зоны). В 1 случае при холецистэктомии был травмирован общий желчный проток, что потребовало выполнения его дренирования. Заживление ран первичным натяжением достигнуто в 96,7% случаев. Летальных исходов не было.

Среднее количество койко-дней после сочетанных операций составило 11 дней.

Выводы. Широкое распространение и внедрение в рутинную клиническую практику симультанных операций при сочетанных патологиях органов брюшной полости и новообразованиях женской репродуктивной системы не приводит к увеличению количества осложнений, не удлиняет время послеоперационного наблюдения, ведет к снижению травматичности и уменьшению экономических затрат неизбежного хирургического лечения.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Герасимов А.В., Красильников С.Э., Тархов А.В., Бабаянц Е.В., Сисакян В.Г., Кулиджанян А.П., Афанасьева Н.А.

ГБУЗ НСО «Новосибирский областной онкологический диспансер», г. Новосибирск

Введение. Рак шейки матки все еще остается одним из наиболее распространенных онкогинекологических заболеваний. Ежегодно в мире регистрируется около 400 000 новых случаев рака шейки матки и более 200 000 смертей от этого заболевания. В России рак шейки матки занимает 2-е место среди онкогинекологической патологии. Особенно заметно повышение заболеваемости в группе молодых фертильных женщин до 30-40 лет.

Увеличение заболеваемости среди женщин молодого возраста остро ставит вопрос о проведении органосохраняющего лечения, дающего возможность сохранения фертильной функции.

Цель. Органосохраняющее лечение начальных форм рака шейки матки у женщин Новосибирской области.

Материалы и методы. Органосохраняющие операции возможно выполнять только при определенных условиях: минимальная инвазия опухоли в строму, отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах, отсутствие опухолевых эмболов и инвазии в сосудах, отсутствие опухоли по краю резекции, плоскоклеточный рак, расположение опухоли в экзоцервиксе, наличие опытного морфолога и обязательно динамического наблюдения.

В настоящее время при IA2 и IB1 стадий рака шейки матки у молодых, нерожавших женщин возможно применение расширенной абдоминальной трахелэктомии без сохранения маточных артерий, так и с сохранением сосудов.

Нами было прооперировано с декабря 2008 года по настоящее время 9 пациенток IA2 - IB1 стадий РШМ. Средний возраст женщин составил 33 года.

Гистологически: плоскоклеточный рак шейки матки. С IA2 ст. – 5 пациенток, с IB1 ст. – 3 пациентки. Средняя длительность операции около 2-х часов. Кровопотеря – 350-400 мл. Из ранних послеоперационных осложнений можно отметить 1 кровотечение из вен предпузырной клетчатки, что потребовало выполнение релапаротомии, гемостаза.

Из осложнений послеоперационного периода наблюдался некроз культи влагалища, не требующий хирургического лечения, а лишь ежедневной санации половых путей.

В настоящее время ни у одной из прооперированных больных не диагностирован рецидив заболевания. Проводится ежемесячное динамическое наблюдение.

Выводы. Таким образом, мы считаем, что расширенная абдоминальная трахелэктомия должна применяться у молодых нерожавших женщин, так как при этом обеспечивается лучшее качество жизни женщины.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ С АБЛАЦИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

Данилова О.С., Величко С.А., Коломиец Л.А., Чернышова А.Л., Ротундо Е.Н.

НИИ онкологии СО РАМН, 634050 г. Томск

Актуальность. Разработка неинвазивных методов оценки эффективности электрохирургической абляции эндометрия при пролиферативных процессах не до конца изучен.

Цель исследования. Определить значимость использования ультразвукового исследования органов малого таза при оценке эффективности электрохирургической абляции эндометрия.

Материал и методы. В исследование включено 55 пациенток с пролиферативными процессами эндометрия. В том числе: с рецидивирующей гиперплазией эндометрия 24, с атипичической гиперплазией – 14, с диагнозом рак эндометрия Ia стадии – 9. Комплексное УЗИ выполнялось до проведения электрохирургической абляции, а также на 1, 3, 4, 6, 7, 12, 30 и 45-е сутки.

Результаты. Выявлено, что в первые четверо суток размеры матки превышали исходные на 5-7 мм, толщина М-эха в среднем составила 10мм, граница с миометрием была нечеткой, сохранялась некоторая неоднородность М-эха, имелось наличие свободной жидкости в заднем своде, которая исчезла к 7-м суткам. На 12-е сутки отмечалось уменьшение размеров матки и отечности тканей, граница между эндометрием и миометрием становилась более отчетливой, срединное М-эхо более однородным и экзогенным с уменьшением толщины до 4 мм. К 30-45-м суткам у 100% женщин М-эхо выглядело однородным, аваскулярным, толщиной 2-4 мм.

Выводы. Таким образом, применение динамического ультразвукового контроля у больных после электрохирургической абляции эндометрия обеспечивает доступную и неинвазивную оценку течения раннего послеоперационного периода.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ГОРМОНОТЕРАПИЯ МИНИМАЛЬНОЙ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ЭНДОМЕТРИЯ.

Ерохина Л.В., Нефедова О.В., Бусарова А.В., Томашевский Д.В., Полуместная А.В., Демидов С.Ю.

ГУЗ КОД№1 ДЗ КК, г. Краснодар, Россия

На современном этапе развития онкологии, важнейшей задачей является развитие органосохраняющих методов лечения. Принимая во внимание постоянный рост заболеваемости раком эндометрия в России, тенденцию к омоложению контингента больных, в некоторых клинических случаях возникает необходимость сохранить фертильность у женщин репродуктивного возраста.

Цель исследования. Оценить эффективность гормонотерапии, как самостоятельного метода лечения минимального рака эндометрия.

Материалы и методы. В отделении опухолей женской репродуктивной системы ГУЗ КОД№1 ДЗ КК с 2005 по 2009г. самостоятельная гормонотерапия минимального рака эндометрия проведена 7 пациенткам с диагнозом высокодифференцированная аденокарцинома эндометрия. Возраст больных колебался от 21 до 34 лет (средний 28,7 года). Репродуктивная функция была реализована у 2 (28,6%) пациенток. Преобладали пациентки с нормальным ИМТ, только 1(14,3%) больная страдала ожирением 1 ст. Сопутствующая патология гениталий выявлена в 3-х случаях (42,9%): аденоматоз -1(14,3%), хр. эндометрит, аднексит – 2 (28,6%). Во всех случаях диагноз установлен после гистероскопии с РДВМ и консультации гистопрепаратов в

КОД. Принимая во внимание молодой возраст больных, категорический отказ от оперативного лечения, нереализованную репродуктивную функцию проводилась двухэтапная гормонотерапия. На первом этапе у 4-х пациентов (57,1%) использовались агонисты ГнРг (золадекс 3,6мг/28 дней), у 3-х (42,8%) – антигонадотропины (даназол 800мг/сутки) в течение 4-х месяцев с ежемесячным УЗИ гениталий и контрольной гистероскопией с биопсией эндометрия после 1-го и 4-го месяцев лечения. Положительный результат (отсутствие клеток аденокарциномы эндометрия в гистопрепаратах, гипоплазия эндометрия по данным УЗИ и гистероскопии) после первого этапа был получен у всех 7 пациенток. На втором этапе проводилась гормонотерапия комбинированными эстроген-гестагенными препаратами по контрацептивной схеме в течение 8 месяцев с ежемесячным УЗИ контролем. У одной пациентки в возрасте 33 лет, (14,3%) с сопутствующим ожирением 1 ст. и аденомиозом, через 9 месяцев от начала гормонотерапии отмечены УЗ признаки гиперплазии эндометрия, произведена гистероскопия с РДВМ, выявлена железистая гиперплазия эндометрия. В связи с отсутствием убедительного положительного эффекта от лечения, больной была произведена гистерэктомия, в гистопрепарате клетки аденокарциномы не обнаружены. Остальные пациентки наблюдаются с безрецидивным периодом от 2 до 3,5 лет. В 2-х случаях (28,6%) после 2-хлетнего динамического наблюдения, реализована репродуктивная функция: двое пациенток родили здоровых детей.

Выводы. Таким образом, проведение самостоятельной гормонотерапии минимального рака эндометрия пациенткам, раннего репродуктивного периода, с целью сохранения органа и реализации фертильной функции, возможно только при тщательном отборе группы больных, постоянном динамическом наблюдении в КОД и реализации репродуктивной функции в ближайшие 2-3 года от начала лечения.

АБДОМИНАЛЬНАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ТРАХЕЛЭКТОМИЯ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Казанцева М.В., Порханова Н.В., Цаплина Н.Н.,

Краснодарский краевой клинический онкологический диспансер г.Краснодар, Россия.

Развитие и совершенствование медицинских технологий в настоящее время успешно решает проблему сохранения фертильности у онкогинекологических больных.

Краснодарский край относится к регионам с высокой заболеваемостью раком шейки матки. В последнее время на фоне снижения общей заболеваемости раком шейки матки возросла его доля у молодых женщин. Средний возраст больных с карциномой шейки матки составляет 35 лет, количество больных с этой формой рака у женщин до 40 лет за последние 10 лет возросла на 35%.

Целью исследования явилось выполнение органосохраняющего лечения у молодых женщин, не реализовавших свою генеративную функцию, с ранними стадиями заболевания, направленное на сохранение фертильной функции.

Материалы и методы: С мая 2009 года в условиях онкогинекологического отделения Краевого онкологического диспансера г.Краснодара было выполнено 4 радикальные абдоминальные трахелэктомии. Возраст пациенток составил: от 26 до 35 лет. Одна пациентка была с прогрессирующей маточной беременностью 12-13 недель. Все пациентки имели 1б1 стадию заболевания. По гистологической структуре встречались аденокарцинома и эпидермоидный рак без орогования. Менструальная функция восстановилась у всех женщин через 3 месяца после лечения.

Опыт выполнения расширенных трахелэктомий в нашей клинике продолжает накапливаться. Материал нашей клиники показывает, что радикальная трахелэктомия в тщательно отобранных случаях онкологически безопасна и выполнение репродуктивной функции данными пациентками возможно только в результате слаженной работы онкогинекологов и акушер-гинекологов.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РОБОТИЗИРОВАННОГО КОМПЛЕКСА «DA VINCI»

Кира Е.Ф., Политова А.К., Вязьмина К.Ю., Гайтукиева Р.А., Зарубенко И.П., Попова М.Н., Демкина И.В.

Кафедра женских болезней и репродуктивного здоровья, ФГУ НМХЦ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия.

За период с марта 2009 года по март 2010 года в гинекологическом отделении ФГУ Национального медико-хирургического Центра имени Н.И.Пирогова с использованием роботизированного комплекса «da Vinci S» прооперировано 6 больных онкологического профиля, из них 5 женщин с раком эндометрия и 1 пациентка с раком шейки матки. Всем пациенткам была выполнена робот-ассистированная эндоскопическая пангистерэктомия в сочетании с тазовой лимфаденэктомией. Хирургам «da Vinci S» дает беспрекословную снаровку, точность и управляемость. Нами отмечено, что использование роботизированного комплекса «da Vinci S» облегчает выполнение оперативных вмешательств, благодаря следующим инженерным инновациям:

1) инструментам EndoWrist с искусственными запястьями, которые имеют семь степеней свободы, что предоставляет оператору естественную ловкость при большей амплитуде движений, чем у человеческой руки. Это обеспечивает большую точность при прошивании, диссекции и манипулировании;

2) объемному трехмерному изображению с большой степенью увеличения, обеспечивающему беспрецедентную визуализацию анатомических структур и виртуально переносимому глазу и руке хирурга в операционное поле.

Интраоперационно и в послеоперационном периоде осложнений не было. Все пациентки были выписаны из стационара на 6-7 сутки послеоперационного периода. По данным гистологического исследования операционного материала стадия заболевания была от рTisNoMo до рT3aN1Mo. При тазовой лимфаденэктомии было удалено от 16 до 22 лимфатических узлов.

Таким образом, с помощью роботхирургической техники хирург фактически выходит за пределы физиологических возможностей человека, что позволяет большему числу гинекологов и онкологов выполнять минимально инвазивные операции любой сложности. Безусловно, широкое применение роботизированной техники является крайне перспективным, отражает интересы пациентов и требует дальнейшего изучения и широкого внедрения в повседневную практику.

12 пациенткам для профилактики спаечной болезни малого таза интраоперационно на завершающем этапе операции в малый таз вводился противоспаечный препарат «Мезогель». Антиадгезивная смесь была использована у 16 пациенток. В 13 случаях препараты вводились интраоперационно – на завершающем этапе операции, и в 4 случаях, потребовавших дренирования брюшной полости – перед удалением дренажа.

физиотерапия. В послеоперационном периоде осложнений при применении антиадгезивной смеси и препарата «Мезогель» отмечено не было. Перистальтика восстанавливалась в первые сутки. По данным лабораторного обследования отклонений от нормы выявлено не было. Аллергических реакций на введение противоспаечных препаратов не наблюдалось. При проведении контрольных УЗИ в послеоперационном периоде отмечено, что антиадгезивная смесь не регистрируется уже на 6-7 сутки, а при использовании «Мезогеля» препарат отсутствует уже на 4-5 сутки.

Сроки наблюдения за пациентками составили от 3 до 12 месяцев. Оценка проводилась по диагностическому алгоритму, который включает оценку качества жизни с использованием опросника SF 36, трансвагинальным УЗИ малого таза, оценку репродуктивной функции пациенток.

При оценке качества жизни пациенток получены данные, что компоненты физического и эмоционального здоровья при прошествии 3-х месяцев после операции в обеих группах соответствуют высокому уровню. При трансвагинальном УЗИ малого таза у 2 пациенток после применения антиадгезивной смеси были выявлены признаки спаечного процесса малого таза, в группе после применения «Мезогеля» признаков спаечной болезни выявлено не было. При оценке репродуктивной функции после

применения антиадгезивной смеси беременность наступила у 3 (из 16) женщин. После применения «Мезогеля» беременность наступила у 2 пациенток (из 12 оперированных).

Таким образом, комплексный подход в лечении миомы матки и профилактики спаечной болезни малого таза с использованием антиадгезивной смеси и противоспаечного геля «Мезогель», позволяет снизить вероятность развития спаечной болезни малого таза и трубно-перитонеального бесплодия в послеоперационном периоде.

ЛАЗЕРНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ ВПЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Ковчур П.И., Бахлаев И.Е.

ГОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»,
Петрозаводск, Россия

Введение. Реальной профилактикой рака шейки матки является ранняя диагностика и своевременное лечение предопухолевых заболеваний шейки матки.

Цель: Изучить эффективность лазерного лечения на аппарате «Ланцет-2» у женщин с предопухолевыми заболеваниями шейки матки и хронической ВПЧ-инфекцией.

Материалы и методы исследования: Проведен проспективный комплексный анализ 177 наблюдений. Выделено 3 группы: 1 – с осложненными псевдоэрозиями, эктропионом шейки матки (n= 106); 2 – с лейкоплакиями (n= 39); 3 – с дисплазиями (n= 32). У 48,6% пациенток выявлена ВПЧ-инфекция: в 1 гр. – 34,9%, во 2 гр.– 66,7%, в 3 гр.– 90,6%. Генотип 16 – 62%, 18 – 8,7%, 33 – 8,7%, 31 – 13%, 31+33 – 1,1%, 74+11+6 – 6,5%. Всем пациентам выполнялась лазерное лечение шейки матки. Дополнительно пациентам с ВПЧ-инфекцией проведено лечение «Аллокином-альфа» (1 мг 6 раз через день, подкожно).

Результаты и их обсуждение: Эффективность лазеродеструкции у женщин с предопухолевыми заболеваниями шейки матки без ВПЧ инфекции составила 86,6%. Осложнения в виде неполной эпителизации – у 13,4% пациенток. Эффективность лазерного лечения у женщин с предопухолевыми заболеваниями шейки матки с ВПЧ-инфекцией (n=86) составила 95,3% при отсутствии ВПЧ-инфекции по данным ПЦР-контроля через 3,6 месяцев, 1 год. Отмечена неполная эпителизация (2) и йод-негативные зоны (2).

Выводы. 1. Персистенция ВПЧ-инфекции является ключевым фактором для возникновения РШМ, в связи с чем, противовирусное лечение должно проводиться обязательно. 2. При наблюдении за пациентами, перенесшими такое лечение, целесообразно обследование на ВПЧ-инфекцию и определение онкобелков Е6, Е7 и при персистенции вируса – проводить противовирусное лечение

КОМБИНИРОВАННАЯ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Крикунова Л. И., Кондратьева Е. А., Евстигнеев А. Р.

Медицинский радиологический научный Центр РАМН,
азерная академия наук РФ

Целью настоящего исследования явилось проведение сравнительного анализа применения традиционных методов лечения и комбинированной лазерной терапии в восстановительном периоде после криодеструкции у пациенток с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки.

Нами обследовано и пролечено 180 пациенток с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки, которые были разделены на 3 клинические группы, сопоставимые по возрасту и анамнестическим данным.

Всем пациенткам была проведена криодеструкция шейки матки.

Первую группу составили 60 больных, которым до отторжения струпа шейка матки обрабатывалась 3% раствором перекиси водорода, после отторжения струпа вводились тампоны с метилурациловой мазью;

Вторая группа включала 60 больных, особенность этой группы состояла в том, что до отторжения струпа дополнительная терапия не проводилась, после отторжения струпа шейка матки обрабатывалась низкоинтенсивным лазерным излучением (НИЛИ) красного спектра;

Третья группа включала 61 пациентку, которой до отторжения струпа шейка матки обрабатывалась НИЛИ инфракрасного спектра, после очищения шейки матки от некротических масс – НИЛИ красного спектра.

Эффективность методики сочетанной лазерной терапии в восстановительном периоде после криохирургического лечения больных с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки определялась по следующим критериям: сроки отторжения струпа, сроки прекращения лимфоэри, полноценность эпителизации, осложнения, рецидивы в отдаленные сроки.

При каждом посещении оценивалась динамика клинических симптомов, динамика кольпоскопии, цитологического исследования мазков-отпечатков с поверхности шейки матки, а также данных гистологического исследования биоптатов шейки матки, проводившихся по показаниям.

Сравнительная оценка результатов лечения больных с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки показала достоверные различия, указывающие на преимущества использования в восстановительном периоде комбинированной лазерной терапии по сравнению с традиционной медикаментозной терапией и использованием НИЛИ красного спектра:

Отторжение струпа раньше наступило в группе с комбинированной лазерной терапией – к 5,4±0,34 суткам, в группе, в которой не проводилась терапия дополнительная терапия до отторжения струпа – к 13,35±0,54 суткам, в группе с традиционной медикаментозной терапией – к 10,1±0,36 суткам;

Завершение эпителизации наблюдалась соответственно в группах к 4,51±0,2 неделям, к 6,13±0,24 неделям и к 6,97±0,26 неделям;

Полноценная эпителизация шейки матки через 2 месяца после криодеструкции в группе с комбинированной лазерной терапией составила 92,6%; в группе с использованием НИЛИ красного спектра ($\lambda=0,63\text{мкм}$) – 76,7%, в группе с традиционной медикаментозной терапией – 68,3%;

Общее число осложнений в III группе с применением комбинированной лазерной терапии составило 3,3% против 10% во II группе и 21,7% в I группе;

Наиболее часто рецидивы патологии шейки матки наблюдались в I группе больных с традиционным медикаментозным лечением – у 26,8% против 13% во II группе с использованием НИЛИ красного спектра и 7,1% в III группе с использованием комбинированной лазерной терапии.

Полученные данные свидетельствуют о значительной эффективности комбинированной лазерной терапии по сравнению с традиционными методами лечения, использующимися в восстановительном периоде после криохирургического лечения у больных с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

*Кудреватых Е.В.¹, Тер-Арутюнянц С.А.¹,
Синицын В.Е.², Мершина Е.А.²*

¹ ФГУ ФМБЦ им. А.И.Бурназяна ФМБА России,

² ФГУ «Лечебно-реабилитационный центр Росзддрава»,
г.Москва

Цель исследования: Определить возможности магнитно-резонансной томографии (МРТ) в выборе тактики лечения рака шейки матки.

Материал и методы: 76 пациенток в возрасте от 23 до 79 лет (51±28 лет) с установленным диагнозом рака шейки матки. 35 больным проводилось динамическое наблюдение с помощью МРТ в процессе комбинированного и химиолучевого лечения. МРТ выполнялась на магнитно-резонансных томографах Magnetom Symphony и Magnetom Espree (Siemens) с напряженностью магнитного поля 1,5 Тл с использованием поверхностной катушки. Протокол исследования включал Т2-взвешенные изображения (ВИ) в сагиттальной, аксиальной и коронарной плоскостях, Т1 ВИ в аксиальной плоскости, Т2 ВИ с подавлением сигнала от жира, диффузионно - взвешенные изображения (ДВИ) в аксиальной плоскости, Т1 ВИ в сагиттальной и аксиальной плоскости

с в/в контрастным усилением.

Результаты и обсуждение: В зависимости от выявленной стадии на основании МРТ и клинического обследования хирургическое лечение было проведено в 39 случаях (18 – радикальное, 10 – в комбинации с послеоперационной лучевой терапией, 9 – в комбинации с предоперационной лучевой терапией, 2 – паллиативное). При неоперабельности онкологического процесса 27 больным была проведена химиолучевая терапия, 3 пациенткам – симптоматическая терапия. В 7 случаях была проведена сочетанная лучевая терапия.

Определенные при МРТ объем, стадия, характер роста и степень распространенности опухолевого процесса совпали с данными хирургической ревизии у 33 пациенток из 39 прооперированных (85%). Завышение стадии по МРТ – ложноположительные результаты – были получены у 2 пациенток с Т2б клинической стадией и у 1 пациентки с Т3б клинической стадией. Ложноотрицательные результаты были получены у 2 пациенток при Т1б клинической стадии и у 1 пациентки при Т2б клинической стадии.

Заключение: Магнитно-резонансная томография позволяет четко определить объем, характер роста, степень распространенности опухоли и выбрать индивидуальный алгоритм лечения.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ШЕЙКИ МАТКИ

Новикова Е.Г., Антипов В.А., Балахонцева О.С., Новикова О.В.

МНИОИ им.П.А.Герцена,
Москва, Россия

Целью настоящего исследования являлось сравнение эффективности радикальной трахелэктомии в лечении плоскоклеточного рака и аденокарциномы шейки матки на основании анализа собственного опыта и опубликованных результатов других клинических центров.

В период с 2005 по 2010 год в МНИОИ им. П.А. Герцена наблюдалось 54 пациентки после выполнения модифицированной радикальной абдоминальной трахелэктомии (РАТ). Гистологическая структура опухоли в 74,1% случаев соответствовала плоскоклеточному раку, в 22,2% – аденокарциноме и в 3,7% – светлоклеточной аденокарциноме. У 27,8% пациенток установлена I_A стадия РШМ по FIGO с вовлечением лимфо-васкулярного пространства, у 25,9% больных – I_{A2}, у 38,9% – I_{B1}, у 3,7% – I_{B2} и у 3,7% – IIА стадия. Период наблюдения после РАТ составил от 1 до 49 месяцев (медиана – 20 мес.). Установлено 2 рецидива, что составило 3,7%. Рецидивы диагностированы на сроке наблюдения 4 и 5 месяцев после операции, в обоих случаях у больных с плоскоклеточным раком. С учетом небольшой численности пациенток, установленные различия по рецидивам между плоскоклеточным раком и аденокарциномой нельзя считать значимыми. Проведенное исследование и анализ литературы позволяют заключить, что аденокарцинома не является редким гистотипом у пациенток репродуктивного возраста. Не получено убедительных данных о более неблагоприятном прогнозе при аденокарциноме в сравнении с плоскоклеточным вариантом рака шейки матки. Вероятно, особенностью аденокарциномы является местный характер рецидивов, но необходимо дальнейшее накопление данных для подтверждения этого положения.

ВОЗМОЖНОСТИ СОХРАНЕНИЯ ОВАРИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОПЕРАТИВНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ.

Новикова Е.Г., Бойко А.В., Демидова Л.В., Антипов В.А., Шувчук А.С., Дунаева Е.А., Кадиева Э.А.

МНИОИ им. П.А.Герцена,
Москва, Россия.

Цель: Оценка целесообразности и эффективности использования оперативной лапароскопии с целью сохранения овариальной функции у больных местно-распространенным раком шейки матки.

Материалы и методы: Отделение онкогинекологии МНИОИ им. П.А.Герцена располагает опытом выполнения лапароскопической транс-

позиции яичников у 32 больных (средний возраст – 34,7±3,14 лет) плоскоклеточным раком шейки матки в IВ2 – IIВ3 стадии, которым в первом этапе комбинированного лечения планировалось проведение химиолучевой терапии. Целью данного оперативного вмешательства являлось сохранение овариальной функции путем выведения яичников из зоны предстоящего облучения.

Результаты: Средняя продолжительность операции составила 97,5±12,6 минут. Химиолучевое лечение начато в сроки, не превышающие 7 (в среднем 5,8±1,2 дней) дней после операции. По данным топометрии во всех случаях яичники находились вне полей облучения, однако у 4 (12,5%) пациенток транспозированные гонады располагались в непосредственной близости от зоны радиологического воздействия. У 28 (87,5%) из 32 больных после проведения химиолучевой терапии выполнена расширенная экстирпация матки. Остальным 4 (12,5%) пациенткам лечение было завершено в виде самостоятельной лучевой терапии. Медиана наблюдения составила 18±3,3 мес., метастатического поражения гонад не выявлено ни в одном случае. У 7 (21,9%) пациенток отмечено стойкое повышение уровня гонадотропинов, сопровождающегося снижением показателей кровотока в яичниках. У остальных женщин (n=25 – 78,1%) гормональный статус и эхографические показатели овариальной функции остаются без существенных отклонений от нормы.

Выводы: Использование оперативной лапароскопии с целью транс-позиции яичников позволяет сохранить овариальную функцию, гормональный гомеостаз женского организма, избежать развития постоперационного синдрома и существенно улучшить качество жизни больных без затягивания сроков начала специального лечения.

НАШ ОПЫТ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОГО РАКА ЭНДОМЕТРИЯ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Пашов А. И.

Медицинский Университет,
Красноярск, Россия

Актуальной проблемой современной онкогинекологии является неуклонный рост частоты и «омолаживание» рака эндометрия (РЭ). В Красноярском крае прирост заболеваемости РЭ за последние полтора десятилетия составил 104,95%, также были зарегистрированы значительные темпы роста заболеваемости РЭ у женщин до 29 лет в 9 раз. Целью работы явилось определение эффективности проведения самостоятельной гормонотерапии (СГТ). СГТ заключалась в сочетании применения агонистов гонадолиберина (Люкрин-депо) и внутриматочной гормональной системы (ВГС) содержащей левоноргестрел (Мирена). Нами оценены результаты лечения 23 пациенток репродуктивного возраста (средний возраст – 29,5±3,4 года) с начальными формами РЭ. Степень распространения опухоли оценивали по комплексу диагностических мероприятий. Критериями включения для проведения СГТ были: молодой возраст; морфологическое заключение – тяжелая атипическая гиперплазия эндометрия (АГЭ) – 12 пациенток (52,1%); РЭ Iа стадии с локализацией в дне или боковых стенках матки – 11 пациенток (47,9%); высокая степень дифференцировки аденокарциномы, а также информированное добровольное согласие о планируемом лечении. Сроки наблюдения за пациентками составляют от 1 до 6 лет. При комплексном обследовании пациенток в 100% случаев, данных за прогрессирование заболевания за время наблюдения, не получено. В 2 (8,6%) случаях наступила желанная спонтанная беременность, которая завершилась срочными родами через естественные родовые пути и рождением здоровых детей. Таким образом, сочетанное применение агонистов гонадолиберина и ВГС содержащих левоноргестрел, является высокоэффективным методом лечения начального РЭ в репродуктивном возрасте.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ОБЪЕМОМ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ РАКА ТЕЛА МАТКИ И ВОВЛЕЧЕНИЕМ В ОПУХОЛЕВЫЙ ПРОЦЕСС ТАЗОВЫХ ЛИМФОУЗЛОВ

*Сисакян В.Г., Красильников С.Э., Герасимов А.В., Тархов А.В.,
Бабаянц Е.В., Кулиджанян А.П., Афанасьева Н.А.,*

ГБУЗ НСО Новосибирский областной онкологический диспансер,
г.Новосибирск. Россия

Актуальность исследования: До настоящего времени при лечении онкологических больных основным методом является хирургический, как самостоятельный, так и в комбинации или в комплексе с другими видами терапии. Тазовая лимфаденэктомия – составная часть радикальных операций в онкогинекологии. Она является не только лечебным, но и диагностическим методом, так как несет важную информацию о стадии процесса. Известно, что метастатическое поражение лимфатических узлов ассоциировано с крайне неблагоприятным прогнозом заболевания и его своевременное выявление позволяет внести изменения в план лечения конкретного пациента.

Цель. Изучить возможную взаимосвязь между объемом опухоли, вовлечением в опухолевый процесс тазовых лимфоузлов у больных раком тела матки (РТМ) I-II стадии (FIGO, 1988).

Материалы и методы. В исследовании включены 41 пациентка с впервые выявленным РТМ I-II стадий в Новосибирском областном онкологическом диспансере. Всем пациенткам до лечения проводилась КТ малого таза с определением объема опухоли по формуле $V=a \cdot b \cdot c \cdot \pi / 6$, где a , b и c – размеры опухоли в трех ортогональных проекциях с полудушим оперативным лечением в объеме расширенная экстирпация матки по Вертгейму. Дополнительно определялось наличие или отсутствие перехода опухоли на шейку матки. Кроме того, оценивались размеры и форма тазовых лимфатических узлов. Критерием увеличения лимфатического узла, расположенного по ходу тазовых сосудов считалось превышение его максимального поперечного размера 10 мм при сохранении вытянутой формы, или диаметр 8 мм при округлой форме лимфатического узла; для лимфоузлов, расположенных в параметральной клетчатке критерием увеличения считалось превышение поперечного размера 5мм.

Результаты. По результатам исследования увеличение тазовых лимфатических узлов было выявлено у 14 пациенток (34,1% от общего числа обследованных), объем опухоли, определенный до лечения у этой группы составил от 4,87 см³ до 5,66 см³, вовлечение в опухолевый процесс шейки матки отмечалось у 8 пациенток (19,5%). Признаков увеличения тазовых лимфоузлов не было выявлено у 19 пациенток (46,3% от общего количества), объем опухоли составил у них от 2,38 см³ до 3,75 см³ (в среднем 2,18±2,8 см³).

Выводы. Проведенное исследование продемонстрировало повышение вероятности развития регионарной лимфаденопатии при увеличении объема первичной опухоли и вовлечения шейки матки в опухолевый процесс, определенных при КТ малого таза до начала лечения.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ТОПОМЕТРИЯ И ЭХОНАВИГАЦИЯ В РАДИОГИНЕКОЛОГИИ

Соколова О.С., Горбушина Т.Е., Голенковский А.Н., Сирота Л.Д.

Клинический онкологический диспансер №1,
г. Краснодар, Россия

Эффект лучевой терапии запущенных стадий рака шейки матки зависит от точности подведения источников к опухоли и адекватной оценки уровня поглощенных доз в первичном очаге. В радиологии используется рентгенологическая и компьютерная топометрия, но пренебрегать возможностями ультразвукового исследования нецелесообразно. Цель работы: оценка применения УЗИ контроля при проведении брахитерапии для оптимизации лучевого воздействия и снижения риска осложнений во время манипуляции. В 2008 г. нами проведена внутрисполостная гамма-терапия у 958 женщин с раком шейки II-III стадии и неоперабельным раком тела матки. Курс бра-

хиотерапии включает в себя 5 - 10 сеансов, разовая очаговая доза варьирует от 5 до 10ГР для достижения суммарной очаговой дозы эквивалентной по вдф 117 ед. Реализация внутрисполостного компонента сочетанной лучевой терапии (СЛТ) представляет манипуляцию, связанную с риском перфорации органа. Внедрение в практику внутрисполостных вмешательств под УЗИ-контролем позволяет: – изучать положение и размеры шейки и тела матки, а так же определять их взаимоотношение с органами малого таза; – измерять размеры шейки и полости матки в динамике на фоне лучевого воздействия и вносить своевременные корректировки при индивидуальном планировании ЛТ; – после введения излучающей системы повторить ультразвуковую топометрию и при неудачной установке эндостата провести соответствующую коррекцию; – используя метод эхонавигации, можно корректировать продвижение инструмента в полости матки, своевременно оценивать риск и исключать осложнения манипуляции; – проводить внутрисполостную гамма-терапию по жизненным показаниям для больных с высоким риском перфорации тела матки при тотальном поражении всех слоев органа.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ РАСШИРЕННОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ.

*Тархов А.В., Красильников С.Э., Герасимов А.В., Бабаянц Е.В.,
Афанасьева Н.А., Кулиджанян А.П., Сисакян В.Г.*

ГБУЗ НСО Новосибирский областной онкологический диспансер,
г. Новосибирск. Россия.

Введение. Рак шейки матки по-прежнему остается самым распространенным в мире злокачественным новообразованием женских половых органов. Одним из ведущих в лечении больных раком шейки матки является хирургический метод. Послеоперационный период после расширенной гистерэктомии нередко сопровождается значительной послеоперационной лимфореей, что грозит развитием серьезных осложнений.

Цель работы. Разработать метод адекватного дренирования забрюшинных пространств, образующихся после тазовой лимфаденэктомии.

Материалы и методы. С 2001 года в Новосибирском областном онкологическом диспансере используется модифицированный метод дренирования забрюшинных пространств, при котором дренажная трубка, проходя от запирающей ямки через подвздошные области, выходит через брюшную стенку на 2–3 см выше передне-верхней подвздошной ости таза. Используется активное вакуум-дренирование.

Результаты. Под нашим наблюдением находились 126 больных раком шейки после расширенной гистерэктомии, у которых дренирование осуществлялось по описанной выше методике. Только у трех пациенток (3,8%) констатировалось образование забрюшинных лимфатических кист. У одной из них произошло инфицирование кисты, что потребовало проведения оперативного вмешательства. У оперированных нами больных мы не наблюдали возникновения абсцессов забрюшинного пространства, урогенитальных свищей, развития перитонита.

Выводы. В отличие от ранее использовавшегося трансвагинального метода дренирования, модифицированный метод имеет следующие преимущества: расположение дренажной трубки способствует эффективной аспирации лимфы и раневого отделяемого из всех отделов образовавшегося свободного забрюшинного пространства, включая obturatorную ямку; отсутствует возможность трофических нарушений и некроза культы влагалища, нередко имеющих место при выведении через культю дренажной трубки; уменьшается возможность проникновения патогенной микрофлоры из влагалища в образовавшиеся после лимфаденэктомии свободные пространства таза; имеется возможность более ранней активизации оперированных больных, что уменьшает риск возникновения тромбозомнолических осложнений и инфекций мочевыводящих путей.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Чернышова А.Л., Коломиец Л.А., Молчанов С.В.

НИИ онкологии СО РАМН,
г.Томск

Цель исследования. Оценить эффективность электрохирургической абляции эндометрия в лечении фоновой, предракowej патологии и начального рака эндометрия (РЭ) у больных с метаболическим синдромом.

Материал и методы. В исследование включены 90 больных, в том числе 65 – с рецидивирующей простой и сложной типичной гиперплазией эндометрия (ГЭ), 16 – с простой и сложной атипичской ГЭ, 9 – с начальным РЭ (5 cancer in situ, 4 – Ia стадией). Все пациентки, вошедшие в исследование имели метаболический синдром, а 48 (74%) больных с типичной ГЭ в анамнезе получали гормональную терапию (без эффекта). Средний возраст пациенток составил 45,6±7,5 лет. Всем больным на первом этапе проводилась гистероскопия с биопсией эндометрия, а после получения морфологического заключения – электрохирургическая абляция эндометрия.

Результаты. Оценка эффективности проведенного лечения оценивалась по результатам контрольной гистероскопии через 6 месяцев. Выявлено, что эффективность электрохирургической абляции эндометрия у больных с рецидивирующей ГПЭ составила (96%), в 3-х случаях отмечался рецидив ГПЭ. В группе больных с атипичской ГЭ эффективность составила 94%. Рецидив был отмечен у 1 больной. Среди больных РЭ рецидивов выявлено не было, срок динамического наблюдения составил 2,1±0,6 лет. Больным с рецидивами ГП было предложено хирургическое лечение в объеме гистерэктомии. Таким образом, абляция эндометрия является высокоэффективной малоинвазивной эндоскопической операцией, которая позволяет проводить органосохраняющее лечение у больных с ГП и начальным РЭ на фоне метаболического синдрома, а также при неэффективности проводимой гормональной терапии или наличия противопоказаний к ней.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЕЙ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Якубова М.Б., Югай К.В., Махмутов Н.Т., Кулаков О.К.

Международный Казахско-Турецкий университет им.Х.А. Яссави,
Областной онкологический диспансер,
Шымкент, Казахстан

Регионарная химиотерапия является высокотехнологическим компонентом комбинированного лечения больных с локализованными стадиями заболевания рака шейки матки в качестве адьювантной или неоадьювантной терапии.

Цель: изучить возможности одномоментной болюсной химиоинфузии с последующей селективной эмболизацией маточных артерий у больных раком шейки матки.

Материал и методы. нами на базе областного онкологического диспансера внедрена методика одномоментной болюсной химиоинфузии внутренней подвздошной артерии с последующей селективной эмболизацией маточных артерий у больных раком шейки матки. Лечение подверглись 60 пациенток в возрасте от 27 до 58 лет. У всех больных была II-III стадия процесса (T2N0M0 – T2bN1M0).

Результаты и их обсуждение. Анализ непосредственных результатов лечения показал эффективность методики у всех 60 больных (100%). У 25 (41,6%) больных была отмечена остановка кровотечения из опухоли шейки матки на следующие сутки после процедуры. У 28 (46,7%) больных отмечено купирование болевого синдрома внизу живота. При контрольном осмотре через 1 месяц у 43 (71,7%) больных была отмечена частичная регрессия опухоли с уменьшением опухолевого узла по данным контрольного УЗИ на 40–60%. 24 (40%) больным успешно проведена операция (радикальная расширенная гистерэктомия по Вертгейму в модификации Я.В. Бохмана), 12 (20%) больных готовятся к операции.

Анализ осложнений показал, что в основном осложнения были связаны с проведенной химиотерапией. У 25 (41,7%) больных отмечена тошнота и рвота, у 5 (8,3%) лейкопения 2-степени, у 4 (6,7%) больных анемия 2степени, которые купировались консервативной терапией. Осложнений связанных с эмболизацией нами не отмечено.

Выводы. Непосредственные результаты методики показали эффективность у 71,7% больных и применении ее следует рассматривать как один из высокотехнологических и эффективных способов комплексного лечения больных раком шейки матки. Артериальная эмболизация является малотравматичным и эффективным способом остановки кровотечения из опухоли шейки матки, а также создает ишемизацию опухоли, что повышает эффективность непосредственных результатов лечения.

ЭНДОВИДЕОРОБОТО И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА В ОНКОХИРУГИИ

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Брегель А.И., Евтушенко В.В., Хантаков А.М., Мутин Н.А.

Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ ГБ №1, Иркутска, Россия

Представлен опыт эндоскопической диагностики острых кровотечений опухолевого генеза из верхних отделов пищеварительного тракта у 307 больных.

У 14 больных опухоль располагалась в пищеводе, у 4 больных было прорастание стенки 12-перстной кишки опухолью поджелудочной железы. У 289 больных процесс локализовался в желудке, распространяясь у 23 из них на абдоминальный отдел пищевода. Чаще опухолевым процессом поражались тело, кардиальный и субкардиальный отделы желудка, реже процесс локализовался в пилорантральном отделе и культе резецированного желудка. У 2 больных была изъязвившаяся доброкачественная опухоль (лейомиома стенки желудка), у 287 больных – злокачественные опухоли. 196 (63,8%) больных были старше 60 лет.

У 20,8% больных кровотечение явилось первым проявлением заболевания. Только у 33,9% больных причина кровотечения была установлена на основании клинического обследования до проведения эндоскопии, еще в половине случаев был выставлен синдромальный диагноз острого желудочно-кишечного кровотечения и более, чем в 15% наблюдений кровотечение из опухоли было обнаружено только во время эндоскопического исследования. У 119 больных опухоль поражала два и более отделов желудка, у 45 – обнаружен тотальный рак желудка. Только у 4 больных размеры злокачественной опухоли не превышали 2 см. Более чем у половины больных была установлена 1У стадия заболевания.

Профузное кровотечение (F1A) мы наблюдали только у 3 больных. У 94 больных было диффузное кровотечение (F1B). У остальных 213 больных при первичном эндоскопическом осмотре кровотечение было остановившемся. Повторные и длительные геморрагии у онкологических больных способны привести к тяжелой анемии, которая у 54,7% больных была средней и у 27,7% больных – тяжелой степени.

В 81,6% случаев при гистологическом исследовании слизистой эндоскопический диагноз был подтвержден, у 8,5% больных опухолевый генез кровотечения установлен при отрицательном морфологическом заключении и у 9,9% больных морфологический диагноз имел решающее значение в определении опухолевой природы кровотечения.

ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ

Бяшимов А.Я., Джумаев М.Г., Атаев С.Х.

НКЦ онкологии ММЦ МЗ и МП, Ашгабат, Туркменистан

Задача исследования: Целью настоящей работы был анализ случаев стентинтубационного стеноза гортани и трахеи.

Материалы и методы: В НКЦ онкологии Туркменистана с 1999 по

2009 годы под нашим наблюдением находилось 26 пациентов с постинтубационным стенозом гортани и трахеи, из них 16 – мужчины и 10 – женщины. Среднее время интубации составило 15 дней. Всем этим пациентам произведена нижняя трахеостомия по поводу стеноза гортани. Признаки стеноза гортани или трахеи проявлялись через 1 неделю – 1 месяц после интубации. На первом этапе лечения, производится операции ларинго- или трахеофиссур, удаляются очаги грануляции слизистой, а дефекты стенок трахеи закрываются кожными лоскутами, взятыми с шеи, что также укрепляет стенки трахеи. В просвет трахеи вкладываются специальные Т-образные поролоновые трубки, подобранные по размеру органа. На втором этапе лечения (формирование ларинго- или трахео- фиссур) в течение 5-6 месяцев пациент находится под наблюдением ЛОР-врача. В обязанности ЛОР-врача входит постепенное убиение Т-образной трубки, начиная с 1 часа в день и увеличивая это время за 2-3 месяца, а затем полное убиение трубки. После этого, пациент в течение 2-3 месяцев привыкает жить без трубки и затем можно проводить 3-й этап лечения. Закрытие дефекта фиссур производится с применением кожи и подкожно-жировой клетчатки передне-боковой поверхности шеи, мышц шеи, консервированных хрящей. Такие хрящи накладываются на дефект и подшиваются к его краям.

Выводы: в лечении данной патологии еще есть нерешенные вопросы и нет стандартного метода лечения. По нашему мнению, при стенозе гортани и трахеи лучше подходит индивидуально к выбору тактики лечения. Кроме того, необходимо продолжать совершенствование методов лечения стеноза гортани и трахеи.

ДИАГНОСТИКА РАКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Бяшимов А.Я., Джумаев М.Г., Атаев С.Х.

НКЦ онкологии ММЦ МЗ и МП, Ашгабат, Туркменистан

Задача исследования: изучить клинические симптомы и информативность методов диагностики рака верхней челюсти.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 148 больных раком верхней челюсти. Диагноз рака верхней челюсти установлен на основании жалоб, клинической картины, осмотра, рентгеномографии, КТ и морфологического исследования. Основными жалобами больных были деформация лица, боли, затруднения жевания. У 84 (56%) больных отмечались боли, у 75 (50%) – отечность щеки, у 68 (46%) – заложенность носа, у 57 (38%) – выпадение верхних зубов, у 40 (27%) – кровотечения и у 36 (24%) – увеличения шейных лимфатических узлов. После появления первичных симптомов через 3 месяца за лечебной помощью обратился 36(24%), через 6 месяцев 59(40%) и 53(36%) пациентов – через 1 год и более. 76% Позднее обращение больных привело к запущенности заболевания. Подавляющее большинство больных обратились в клинику при наличии опухоли Т3,Т4 составило 82%. У 36(24%) выявлены метастазы в регионарные шейные лимфатические узлы. При II стадии метаста-

зы в регионарные лимфатические узлы обнаружены у 9(34%), при III-у 16(21%), и при IV-у 11(23%). При раке в альвеолярном отростке, метастазы в шейные лимфатические узлы выявлены у 21(14%), в гайморовой пазухе – у 15(10%). У 9 больных раком верхней челюсти обнаружены метастазы в печень. На основании морфологического исследования у 107(72%) больных выявлен плоскоклеточный рак, у 6 (4%) – аденокарцинома и у 35(24%) – другие виды. Рентгенологически, деструкция костной ткани верхней челюсти обнаружена у 113(76%) больных, и прорастание опухоли в носовую полость, орбиту, носоглотку – у 35(24%).

Выводы: Изучение симптомов и улучшение способов диагностики рака верхней челюсти на ранней стадии, наряду с внедрением более эффективных методов лечения, позволит улучшить исходы ЗНО верхней челюсти.

ЭНДСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ КРАНИООРБИТОФАЦИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЕЛЯ

Комаров А.В., Решетов И.В., Давыдов Д.В.

МНИОИ им. П. А. Герцена, МГМСУ, Москва

Цель работы. Разработка оптимальных методик малоинвазивной диагностики опухолей краниоорбитофациальной локализации.

Материал и методы: Диагностические вмешательства с использованием эндоскопии применялись у 76 пациентов (39 мужчин, 37 женщин) с установленным диагнозом новообразования краниоорбитофациальной локализации. По первичной распространенности все злокачественные новообразования на момент обращения имели стадию Т3-4. По морфологической структуре среди удаленных новообразований преобладал плоскоклеточный рак. На диагностическом этапе проводили риноскопию и/или гаймороскопию в гелевой среде с целью взятия биопсийного материала и определения топографии опухоли со стороны общего носового хода и верхнечелюстной пазухи. Использование осмотра структур синуса в капле гидрогеля позволило улучшить визуализацию за счет создания перед оптическим наконечником иммерсионной среды. Также визуализация улучшалась за счёт создания дополнительного объема перед наконечником оптики в случае наличия в пазухе объемного образования и/или большого количества патологической биологической жидкости, не позволяющих визуализировать структуры орбиты.

Результаты: У всех больных на диагностическом этапе методика эндоскопического забора биопсийного материала позволила достоверно верифицировать онкологический процесс.

Выводы: Разработанный способ модифицированной эндоскопии позволяет достоверно верифицировать опухоль на диагностическом этапе, дает возможность под визуальным контролем определять топографию новообразования.

ПОЛИПОЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Стручкова Е.Ю., Астраханцев А.Ф., Тимченко И.В.

МСЧ № 33, ЦКБ №2 им. Н.А.Семашко ОАО «РЖД» г.Москва

Основным условием успешного лечения больных раком толстой кишки является диагностика опухолевого процесса и предопухоловой патологии толстой кишки на ранних стадиях заболевания..

Целью настоящего исследования является всестороннее изучение возможностей применения эндоскопической резекции слизистой оболочки после предварительной хромокопии при решении проблемы диагностики предопухоловой патологии, дисплазии и раннем раке толстой кишки.

Материал и методы. В основу работы положен анализ данных эндоскопических исследований 96 больных, которым проводилась эндоскопическая резекция слизистой оболочки толстой кишки вместе с полипом методом петлевой электроэксцизии после хромоэндоскопии. Из 96 боль-

ных у 59 были выявлены аденомы, У 37 пациентов -гиперпластические полипы. Среди больных с аденомами- у 9 выявлена дисплазия эпителия средней степени тяжести, у 5 - дисплазия тяжелой степени тяжести, у 2 пациентов- ранний рак .У 67% больных полипы развивались на фоне хронического атрофического колита ,в 10% случаев полипы сочетались с дивертикулезом сигмовидной кишки Множественные полипы наблюдались у 33% больных , одиночные полипы - у 67 % пациентов. Полипы имели диаметр от 5 до 35мм. Крупные стелющиеся ворсинчатые полипы удалялись фрагментарно. Всем больным проводилась интраоперационная хромокопия, позволившая определить участки дисплазии и злокачественной трансформации слизистой оболочки, которые окрашивались метиленовым синим в интенсивный синий цвет. Из этих участков производилась биопсия. В дальнейшем эти участки или иссекались диатермопетлей или коагулировались с последующей окраской метиленовым синим. Частота ложноотрицательных результатов хромоколоноскопии составила при атрофических процессах 2,5%,при злокачественных поражениях ложноотрицательных результатов не отмечено.Все пациенты после эндоскопической полипэктомии находились под динамическим наблюдением с контролем 1 раз в 3 месяца. У 24% больных вновь появились полипы в течении 3 лет наблюдения, но в других отделах кишечника, у 3%-рецидивы в области удаления.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Анализ результатов выполненных эндоскопических резекций при полипах толстой кишки с предварительной хромокопией позволяет адекватно полностью удалить полип и участки дисплазии, диагностировать колоректальный рак на ранней стадии.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОЛИПАМИ ЖЕЛУДКА

Тимченко И.В., Астраханцев А.Ф., Хенкина Н.А., Терехов С.В., Тимченко Д.Е.

Отделение эндоскопии ЦКБ №2 им. Н.А.Семашко ОАО «РЖД» Отдел медицинской техники МТУСИ (зав.отделом Терехов С.В.) г. Москва.

Актуальность проблемы состоит в том, что в связи с неуклонным ростом выявляемости рака желудка, назревает необходимость ранней диагностики процессов, приводящих к данной патологии и их лечению. Полипы желудка относятся к опухолеподобным процессам, они несут в себе предраковый потенциал и могут малигнизироваться, по данным разных авторов от 7% до 40% случаев.

Цель настоящего исследования определяется важным значением диагностики и лечения больных с полипами желудка и преследует выработку алгоритма диагностики полипов с использованием передовых эндоскопических технологий, разработку способа их радикального эндоскопического удаления с использованием достижений медицинской радиоэлектронной аппаратуры, что приведет к минимизации возможных осложнений (кровотечение, перфорация), а также выработку тактики лечения фоновых заболеваний слизистой оболочки желудка для профилактики развития в ней неопластических процессов и рецидивов полипов.

Материалы и методы. В Центральной клинической больнице №2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» за период с 1995 по 2009 годы 1821 больным удалено 2328 полипов желудка от 0,5 до 6,0см. В нашей клинике разработан и используется диагностический алгоритм для пациентов с полипами желудка. Диагностический алгоритм включает в себя:

- 1)эндоскопическое исследование полипа и окружающей слизистой оболочки желудка с использованием технологии спектрального цветового выделения (CVC) в совокупности с технологией многократного увеличения (ZOOM), позволяющей выявить очаги метаплазии, дисплазии, неоплазии по характеру сосудистого рисунка и рельефа слизистой оболочки;
- 2)выполняется биопсия полиповидного образования с целью его морфологической верификации, а также биопсия окружающей слизистой оболочки желудка для диагностики инфекции *Helicobacter pylori*;
- 3)колоноскопия проводится с целью выявления распространенности процесса в пищеварительном тракте;
- 4) трансабдоминальное ультразвуковое исследование желудка — позволяет исключить инфильтрацию стенки желудка в зоне локализации полиповидного образования
- 5) УЗИ органов брюшной полости выполняется для исключения сопутствующей

патологии.

Эндоскопическая диагностика и удаление 2328 полипов желудка осуществлялось с использованием видео и фиброэндоскопов фирм «Olympus», «Fujinon», «Pentax», электрохирургических аппаратов PSD-30, MBC Soring, ЭХВЧ-50 МТУСИ, радиохирургических приборов Surgitron TM – США и МТУСИ, аргоноплазменного коагулятора, высокоэнергетического YAG-Nd лазера.

С помощью видеоэндоскопа EG-590 ZW и медицинской видеоэндоскопической системы Fujinon EPX-4400, нами обследовались больные с полипами желудка с использованием системы «виртуальной компьютерной хромоэндоскопии» (CVC), которая усиливает контрастность поверхности слизистой без применения красителей. В основе техники CVC лежит арифметическое сужение ширины полосы пропускания обычного эндоскопического изображения с использованием технологии спектральной оценки. CVC подчеркивает сосудистый рисунок и рисунок устьев желез (рисунок ямочек), облегчает выявление очагов с перестройкой рельефа слизистой и участков с измененной архитектоникой капиллярной сети слизистой оболочки. Мы оценивали эндоскопическое изображение, выбирая наиболее подходящие длины волн, CVC реконструировало изображение в усиленное изображение одной длины волны в красном (R), зеленом (G) и синем (B) диапазонах. Благодаря внедрению данной технологии повысилась выявляемость диспластических изменений слизистой оболочки, мы практически не имеем расхождения между эндоскопическим диагнозом и морфологическим заключением.

Важным моментом нашей работы считаем необходимость выявления наличия инфекции *Helicobacter pylori* у всех пациентов с полипами желудка. Поскольку ВОЗ относит *Helicobacter pylori* к первому классу канцерогенных факторов, а полипы желудка являются доброкачественными опухолями, с различной степенью выраженности малигнитического потенциала, необходима эрадикация данного микроорганизма и удаление полипов желудка у данной категории больных с целью профилактики рака желудка. Для экспресс-диагностики инфекции *Helicobacter pylori* используем Хелпил- тест, это устройство выявляет наличие инфекции по уреазной активности биоптата, полученного в ходе эндоскопического исследования.

Ультразвуковое трансабдоминальное исследование 230 полипов желудка выполнено на аппарате фирмы «Medison» датчиком 3,5 мГц с целью исключения инвазии в подслизистый слой стенки желудка. При ультразвуковом исследовании визуализировались выступающие в просвет полости желудка локальные образования слизистой оболочки, различались их основание или ножка, размеры, форма и характер поверхности. В 7 случаях заподозрена инвазия процесса в подслизистый и мышечный слой. В области основания этих полипов не удавалось дифференцировать слои стенки желудка. Для уточнения диагноза выполнена эндосонография ультразвуковым датчиком 12 мГц, проведенным через биопсийный канал видеоскопа. По данным проведенного исследования удалось четко доказать, что имелась инвазия у трех полипов в подслизистый слой, у четырех- в мышечный. Гистологическое исследование удаленных с диагностической целью образований выявило микрофокусы аденокарциномы во всех случаях. Больные оперированы. В пяти случаях имели место подслизистые образования - лейомиомы. Они визуализировались как округлые гиперэхогенные образования из мышечного слоя. Все больные оперированы. Выполнена лапароскопическая клиновидная резекция желудка.

Эндоскопическое удаление 2328 полипов желудка осуществлялось методами электроэксцизии, электрокоагуляции, радиоволновой коагуляции, фотодеструкции YAG-Ne лазером, а также разработанным нами комбинированным методом. Комбинированная полипэктомия применялась в 382 случаях для удаления полипов на широких основаниях и толстых ножках: методом электроэксцизии удалялась основная масса полипа, а оставшиеся в основании ткани полипа, во избежании рецидива, удалялись методом радиоволновой коагуляции радиохирургическими приборами Surgitron TM – США и МТУСИ. Для достижения оптимально дозируемого эффекта коагуляции, дабы избежать перфорации и кровотечения в отечественном радиохирургическом приборе МТУСИ была создана оптимальная нагрузочная характеристика.

Результаты и обсуждение. Морфологическая верификация удаленных полипов: гиперпластические полипы-1629 (70%), аденоматозные полипы с выраженной пролиферацией эпителия 484 (20,8%), с признаками дисплазии D1-D3 – 152 (6,5%) , неэпителиальные опухоли 26(липома-8, лейомиома- 5, Пейтц- Егерса 8, карциноид-3, ГИСТ- 2), малигнизированные полипы 47 (2,5%). Пациенты с малигнизированными полипами, лейомиомой, ГИСТ, карциноидом были оперированы.

Кровотечение при диатермической полипэктомии имело место у 3% больных (у 68 из 2328). При этом гемостаз был обеспечен с помощью дополнительной электрокоагуляции, аргоноплазменной коагуляции, инъекции сосудосуживающих препаратов у 60 из 68 больных, а 8 больным по поводу продолжающегося кровотечения (0,34%) выполнена срочная лапаротомия. Рецидивы полипов отмечены в 9% случаев. В процессе комбинированной полипэктомии кровотечение возникло у 2 из 332 больных (0,9%) и было остановлено эндоскопически.

Пациенты после эндоскопической полипэктомии подлежат динамическому наблюдению. Для профилактики рецидивов полипов осуществляется динамический контроль за состоянием слизистой оболочки пищеварительного тракта каждые 3-6 месяцев, выполняется своевременное удаление резидуальных полипов и вновь формирующихся, а также проводится медикаментозное лечение воспалительных изменений слизистой оболочки, в т.ч. эрадикация НР. Рецидивы полипов у этой группы больных отмечены в 2,8% случаев.

Выводы. Таким образом, полипы пищеварительного тракта, относящиеся по сути своей к предраковым состояниям, подлежат тщательному диагностическому исследованию и во всех возможных случаях эндоскопическому удалению с последующей морфологической верификацией. Использование новых технологий: виртуальной компьютерной хромоэндоскопии (CVC), экспресс-диагностики инфекции *Helicobacter pylori*, усовершенствованных для эндоскопических операций радиохирургических приборов позволяет максимально радикально с минимальными осложнениями удалять полипы желудка, также выявлять и лечить фоновые заболевания слизистой оболочки желудка. Пациенты после эндоскопической полипэктомии подлежат пожизненному динамическому наблюдению и лечению сопутствующей патологии слизистой оболочки желудка.

РАЗНОЕ

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И РАБОТЫ ЦЕНТРА РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ НА БАЗЕ ОКРУЖНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Васильев Ю.С., Васильев С.А., Важенин А.В., Аладин А.С., Терешин О.С., Надвикова Е.А.

ГЛПУ окружной клинический онкологический диспансер. ГОУ ДПО Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования. г. Челябинск, Россия.

С целью отработки алгоритмов выбора метода пластики и оптимизации организационных аспектов интеграции онкологии и пластической хирургии, нами был проведен анализ результатов лечения 706 больных с опухолями различных локализаций, которым в процессе лечения выполнялись реконструктивные операции за период с 1998 по 2007 год. Наибольшее количество больных (409; 58%) было пролечено по поводу опухолей области головы и шеи. Реконструктивные операции на молочной железе были выполнены у 185 (26%) пациенток.

По поводу злокачественных новообразований области туловища было оперировано 64 (9%) пациента, по поводу опухолей конечностей – 48 (7%) больных. Всего было выполнено 730 пластических операций. Операции выполнялись с койки профильного отделения с привлечением пластического хирурга.

Наиболее часто использовали локальные лоскуты – в 295 (40%) случаях. Лоскуты на ножке применялись в 150 (21%) случаях. Свободные реvascularизируемые лоскуты были использованы у 181 (25%) пациентов, кожные трансплантаты – в 104 (14%) случаях. Некротические осложнения были отмечены в 54 (7,4%) случаях, из них частичные некрозы встречались 39 (5,3%), а полные некрозы – в 15 (2,1%) случаях. На основании сравнительного анализа результатов выполненных операций по каждой локализации были разработаны алгоритмы выбора метода пластики, позволяющие снизить количество осложнений и улучшить косметические и функциональные результаты вмешательств.

Наш опыт работы показывает, что организация службы реконструктивной хирургии на базе областного онкологического диспансера не требует выделения обособленного коечного фонда.

ДОСТИЖЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Воргова Д.Н., Важенин А.В., Воронин М.И.

ГЛПУ «ЧОКОД», Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенодиагностики» Росздрава, ГОУ ВПО «ЧелГМА» Росздрава, Челябинск, Россия

В онкогинекологии ультразвукография применяется как для диагностики, так и для мониторинга больных в процессе лечения. Цель: повышение эффективности оценки лечения рака шейки матки на основе применения комплекса ультразвуковых методик. Дизайн исследования: в проспективное исследование вошли 173 больные раком шейки матки. В ходе работы применялись ультразвуковые сканеры: IMAGE POINT HX (HEWLETT PACKARD), с конвексным многочастотным датчиком 2,5-5,0 МГц, с внутриволновым многочастотным датчиком 5,0-7,5 МГц, GE Logiq 9, с конвексным многочастотным датчиком 2,5-4,0 МГц с внутриволновым многочастотным датчиком 5,0-8,0 МГц. Комплекс ультразвуковых методик включает: 1. исследование в В-режиме; 2. изучение степени васкуляризации образования (шейки матки) с применением режима энер-

гетического доплеровского и цветового доплеровского картирования; 3. количественный анализ кровотока в сосудах опухоли и в питающих сосудах с помощью импульсно-волновой доплерографии. Комплекс ультразвуковых методик необходимо проводить до начала лечения, в процессе и после лечения, в процессе динамического наблюдения для контроля состояния пациенток. На данный комплекс ультразвуковых методик получен патент № 2349259 от 20 марта 2009г, опубликованный 20.03.2009 Бюл. №8. В нашем исследовании у 26,58% от общего числа пациенток выявлено прогрессирование рака шейки матки после лечения. Средний срок прогрессирования рака шейки матки составил $2,67 \pm 0,29$ месяцев после лечения. При выявлении рецидива на ранних сроках проведена адекватная химиотерапия.

Выводы: применение запатентованного комплекса ультразвуковых методик значительно повышает эффективность диагностики и лечения рака шейки матки.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОСТИ ОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ

Головко Т.С., Чернобай Т.Н.

Национальный институт рака, Киев, Украина

Вступление. Оперативность рака пищевода составляет около 20%, резектабельность 60-70%. Точное дооперационное определение стадии процесса является актуальным. Цель данной работы определение эффективности разработанного метода определения резектабельности опухоли пищевода.

Материалы и методы. Были обследованы 55 больных плоскоклеточным раком пищевода, проходившие лечение в торакальном отделении. Разработанная методика определения резектабельности пищевода включает в себя два рентгенологических метода: традиционная контрастная полипозиционная рентгенография пищевода и компьютерная томография органов грудной полости и основывается на выявлении первым методом относительных критериев нерезектабельности и вычислении коэффициента резектабельности, который представляет собой отношение размеров опухоли к протяженности прилегания опухоли к аорте или трахее и главным бронхам, определяемые вторым методом. Опухоль, имеющая коэффициент резектабельности более 2,0, оценивается, как нерезектабельная.

Полученные результаты. Относительные признаки нерезектабельности не были выявлены у 9 (16,3%) больных инфильтративной формой рака и у 19 (34,5%) больных экзофитной или смешанной формой рака. Всем им были выполнены радикальные операции. Коэффициент резектабельности от 0 до 1,5 был получен у 8 (14,6%) больных инфильтративной формой рака, у 8(14,6%) больных экзофитной и смешанной формой рака. Радикально из них были прооперированы 15 человек, одному оперативное лечение не проводилось. Коэффициент резектабельности от 2,0 до 5,2 был получен у 3(5,4%) больных инфильтративной формой рака, у 8 (14,6%) больных экзофитной и смешанной формой рака. Этим пациентам были проведены 2 эксплоративные торакотомии, четырем внутриводное стентирование, химиолучевая терапия была у четырех человек и двое больных получили симптоматическое лечение.

Выводы. Разработанная методика позволяет повысить точность дооперационного стадирования рака пищевода, что необходимо для целесообразного планирования лечения.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГАРАНТИИ КАЧЕСТВА ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ**Кеплер К.Ю.,**

ФМБЦ им.Бурназяна ФМБА РФ

При комбинированном лечении онкологических заболеваний в клинической практике лучевой терапии все чаще применяются медицинские линейные ускорители электронов, способные генерировать фотонное (тормозное) и электронное излучение высокой энергии. Появились методы, использующие однократное облучение большой дозой, такие как интраоперационное облучение электронами, стереотаксическая радиохирurgia, и др. Появление ЛУЭ, оснащенных МЛК, обусловило возможность применения конформного облучения, это требует развития методов, гарантирующих безопасное и эффективное использование этих новых технологий.

Большое значение в проведении радиотерапии имеет обеспечение гарантии качества лечения.

Широкое внимание к этой проблеме было привлечено в 2000 году после доклада американского Institute of Medicine (Kohn et al. 2000). Размах проблемы шокировал, в докладе сообщалось, что более 98000 пациентов умирают каждый год в результате ошибок лучевой терапии. В течение нескольких последующих лет вышло еще несколько докладов посвященных изучению этой проблемы (IAEA 2000; ICRP 2000; Donaldson 2008; Dunscombe et al. 2008; Rogers 2009; WAToday 2009). Фундаментальным решением этой проблемы потенциально была признана необходимость разработки и соблюдения программ гарантии качества в радиологических клиниках.

Гарантия качества (ГК) определена комиссией ВОЗ как «планируемые или систематические действия, обеспечивающие адекватный уровень услуг или продукции удовлетворяющий предъявляемым требованиям к качеству» (O'Leary 1994).

В радиационной онкологии это означает, что программа ГК должна: а) иметь план необходимых мероприятий, б) предусматривать систематичность действий и принцип их организации, в) осуществлять необходимый контроль качества лечения.

Качество лучевого лечения можно определить как обобщенную характеристику службы радиационной онкологии, которая оценивает ее соответствие поставленным задачам эффективного лечения пациента.

В каждом отделении лучевой терапии должен быть создан план качества, в котором следует перечислить специфические действия и ресурсы, относящиеся к этой службе, а также программу гарантии качества (ПГК), в которой указывается структура, процедуры, процессы и оборудование, необходимое для обеспечения качественного лечения больного.

В данном докладе рассматриваются проблемы и решения в обеспечении гарантии качества, а так же оборудование и технологии необходимые для проведения современной Лучевой Терапии.

**ОПЫТ ОКАЗАНИЯ
УРГЕНТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ
С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ
РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ.**

Коновнин О.И., Низеньков В.И.

ГБУЗ «Закамская бсмп» г. Набережные челны, Россия

Целью данной работы является изучение особенностей оказания экстренной медицинской помощи пациентам с злокачественными новообразованиями (ЗНО), в условиях больницы скорой медицинской помощи.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 652 больных поступивших в Больницу скорой медицинской помощи в 2007-2009г.г. Мужчин поступило – 387 (59,4%), женщин – 265 (40,6%). Средний возраст составил – 62,9 года. Доставлен по экстренным показаниям – 631 (96,8%) больной, в плановом порядке госпитализирован

21 пациент (3,2%).

Результаты исследования. С установленным ранее диагнозом злокачественного новообразования поступило – 190 больных (29%), с впервые выявленным ЗНО в процессе оказания медицинской помощи – 462 пациента (71%). До 24 часов с момента развития заболевания за медицинской помощью обратились – 163 (25%) больных, свыше суток с начала неблагополучия обратилось – 489 (75%) больных. По экстренным показаниям было прооперировано – 223 (34,2%) пациента. Послеоперационная летальность – 26,7%. Все умершие пациенты поступали на сроках более суток от начала заболевания (APACHE II>23).

Выводы. Высокая частота заболеваемости и послеоперационной летальности при осложненных ЗНО, а также поздняя обращаемость за медицинской помощью требуют совершенствования профилактики, первичной диагностики и раннего выявления больных с онкологическими и предопухолевыми заболеваниями, прежде всего на уровне амбулаторно-поликлинического звена медицинской помощи.

**ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО
УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
У ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Королев В.Н., Суворцев И.Ю., Кулаев К.И.

ГЛПУ Окружной клинический онкологический диспансер. Челябинск, Россия.

Эндоскопическое ультразвуковое исследование (эндоУЗИ) за последние годы в нашей стране получает все большее распространение и в ряде случаев является незаменимым методом оценки распространенности опухолевого процесса, включая морфологическую верификацию. Однако до сих пор не определено место эндоУЗИ в алгоритме обследования пациентов онкологического профиля.

Цель: Разработать рациональный алгоритм обследования пациентов онкологического профиля с включением эндоУЗИ для учета планирования комбинированных программ специализированного лечения. Оценить эффективность и безопасность использования различных методов эндоУЗИ в условиях специализированной онкологической клиники. Определить показания, противопоказания.

Материалы и методы: с октября 2009г в условиях эндоскопического отделения клиники проведено эндоУЗИ 83 пациентам онкологического профиля. 47 (57%) исследования трансbronхиальным конвексным бронхоскопом с тонкоигольной биопсией. 22 (27%) исследований гастроскопом с радиальным электронным датчиком. 14 (16%) высокочастотным минизондом для оценки поражения слизистой пищевода, желудка и кишки.

Заключение: 1. Трансbronхиальное исследование с тонкоигольной биопсией необходимо выполнять всем пациентам при увеличенных внутригрудных лимфоузлах. 2. Исследование радиальным электронным датчиком необходимо для уточнения опухолевой патологии панкреатобилиарной зоны и парагастральных структур. 3. Исследование высокочастотным минизондом обязательно для оценки возможности эндоскопического удаления подслизистых новообразований и раннего рака слизистой желудочно-кишечного тракта.

**ТРЕХМЕРНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ
В ДИАГНОСТИКЕ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПИЩЕВОДА**

Кошель А.П., Дибина Т.В.

НИИ гастроэнтерологии им.Г.К.Жерлова СибГМУ, г.Северск Томской обл.

Трехмерная эхография значительно расширила область применения ультрасонографии в диагностике онкопатологии. Данная методика позволяет интерактивно манипулировать данными, полученными в ре-

зультате компьютерной обработки, изменяя плоскости сечения трехмерного массива, воссоздавая истинную анатомию органов.

Цель исследования: показать диагностическую значимость трехмерного ультразвукового сканирования в диагностике заболеваний пищевода.

Материалы и методы исследования: проведен анализ комплексного обследования 24 пациентов с патологией пищевода за период с 01.2009г по 03.2010г. Сканирование выполнялось на сканере Acuson XQ (Корея) с использованием конвексных датчиков 3,5-5 МГц. Стандартный алгоритм дополняли методиками трехмерной реконструкции с режимами прозрачности, ротации, сегментации, многоплоскостной развертки, доплерографии, цветокодирования и технологии мультислайсинг. У 12 пациентов при использовании 3D режима и энергетического доплера были диагностированы объёмные образования пищевода, у 4 из них с эхопризнаками лейомиомы, в 3 случаях – с признаками распада и вовлечением органов средостения. У 2 пациентов после реконструктивной пластики пищевода по поводу рака выявлены с использованием режима мультислайсинга дигностирована несостоятельность анастомоза. В 5 наблюдениях диагностированы рубцовые стенозы пищевода, в 1 случае выявлен дивертикул и у 3 пациентов выраженное варикозное расширение вен. Полученные результаты в соответствии с медико-экономическими стандартами были соотнесены с данными лабораторных и инструментальных методов (рентгенография, компьютерная томография, фиброгастродуоденоскопия, фиброколоноскопия), оперативных вмешательств, гистологического и цитологического исследований.

Выводы: применение трехмерной эхографии с использованием цветокодированных доплерографических режимов и различных форматов изображения позволяет диагностировать объёмные образования пищевода, определить распространенность и степень выраженности патологических изменений, определить топографоанатомическое соотношение с сосудами и окружающими структурами, что влияет на выбор тактики дальнейшего лечения и определяет прогноз качества жизни пациентов.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ РАКА В ПЕЧЕНЬ

Кошель А.П., Клюков С.С., Красноперов А.В., Дибина Т.В., Севостьянова Н.В.

НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, г. Кемерово

Цель исследования: оценить эффективность выполнения радиочастотной абляции (РЧА) у больных с метастазами рака в печень.

Материал и методы. За период с 2007 по 2008 гг. было произведено 38 сеансов РЧА у 12 больных с очаговыми поражениями печени, из них по поводу метастазов рака желудка в печень 7 (58,3%) больных, метастазов колоректального рака - 5 (41,7%) пациентов. Число вторичных образований размерами от 5 до 57 мм колебалось от 1 до 12. Мужчин было 8 (66,7%), женщин - 4 (33,3%), возраст - от 41 до 68 лет (53,2±4,8). РЧА проводилась чрескожным (15 сеансов) и открытым путем (23 сеанса) аппаратом для радиочастотной абляции опухоли «РЧАО-01» с набором водохлаждаемых электродов под УЗ-контролем (аппарат Aqquix QX, датчики пункционный LD и конвексный 3,5 МГц с пункционным адаптером). У 8 пациентов во время открытой РЧА метастазов проводилась одномоментная резекция печени в объеме: ПГЭ (1), бисегментэктомия (4) и сегментэктомия (3).

Результаты. Через год после РЧА живы 7 (58,3%) пациентов, при этом у 2 больных отмечено уменьшение количества и размеров очагов в среднем на 47,4±7,2%, у 3 пациентов отмечается стабилизация процесса. У 2 больных обнаружены новые очаги метастазирования в печени, при отсутствии роста со стороны узлов подвергшихся деструкции. 5 пациентов (41,7%) погибли в течение года от прогрессирования основного процесса. Важным моментом является тот факт, что у всех пациентов с регрессией и стабилизацией процесса размеры очагов не превышали 3,4±1,2 см. Таким образом, первый опыт применения метода РЧА метастатических узлов в печени свидетельствует об его эффективности, особенно при величине «обрабатываемого» очага не более 4 см.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ УЗЛОВЫХ МАСТОПАТИЙ

Крашмалёва А.С., Головки Т.С., Крашмалева Л.П.

Национальный институт рака, Киев, Россия

Введение. Целью работы является изучение возможностей новейших методов визуализации в выявлении узловых мастопатий.

Материалы и методы. С 2004 по 2008 год в поликлинике института было обследовано 593 женщины в возрасте от 20 до 60 лет. «Узловое образование» было выявлено при пальпации у 388 пациентов. Этим больным были проведены рентгенологические и ультразвуковые исследования. 97 пациенткам проводилась эластография, 15 – МРТ-исследование с динамическим контрастированием. Верификация диагноза проводилась взятием материала тонко- и толстоигольной биопсией при помощи стереотаксической приставки Logad фирмы Holodgik.

Результаты: Диагноз узловой мастопатии был установлен у 67 пациенток. Определены наиболее характерные рентгенологические признаки узловой мастопатии: чёткие (46,3%), неровные контуры (73,1%); неправильная форма (61,2%), неоднородная структура (74,6%) за счёт преобладания железистого (55,2%) или фиброзного компонента (23,9%), размеры до 2 см (32,8%), отсутствие реакции окружающей ткани (94%). При ультразвуковой диагностике характерными были нечёткие (46,3%), неровные контуры (86,6%), неправильная форма (73,1%), неоднородная структура (80,6%), с преобладанием в патологическом очаге железистой ткани (43,3%). На эластограммах исследуемые узловые участки диффузно окрашивались в синий цвет с преобладанием голубого и светло-зелёного оттенков, что свидетельствовало о незначительной плотности и менее эластичной структуре, чем в окружающих тканях – (51,4%). При хорошо развитой системе протоков определялись красные линейные сигналы.

МРТ – признаками узловой мастопатии являлись ассиметричные единичные (60%) или множественные (40%) гиперденсные участки неоднородной структуры (100%), с нечёткими контурами (96%), умеренным накоплением (80%) и быстрым выведением контрастного вещества (86,6%).

Вывод: Оптимальный комплекс диагностических методов для выявления узловых мастопатий требует кроме традиционных методов диагностики (маммография, УЗИ), выполнения также полипозиционной и прицельной маммографии, ЦДК, ЭДК, эластографии и МРТ, дополненных верификацией диагноза при помощи стереотаксической биопсии.

ВОЗМОЖНОСТИ АВТОМАТИЗАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Литвиненко Н.А.

ООО «Арте-Софт», г. Краснодар, Россия

Введение: В настоящее время перед медицинскими учреждениями России стоят очень важные, но зачастую противоположные задачи: повышение качества медицинской помощи и сокращение расходов учреждения; снижение временных затрат на обслуживание пациентов и сокращение количества неправильно выставленных диагнозов и т.п. Решить подобные проблемы под силу современным технологиям, автоматизирующим работу мед. учреждений.

РЕЗУЛЬТАТЫ

1. Снижение финансовых издержек:

1. **Экономия от 13% до 26% годового бюджета учреждения** за счет оптимизации закупок медикаментов и расходных материалов и контроля за их адекватным расходованием.

2. **Снижение затрат на дополнительные проводимые консультации, обследования и анализы**, назначаемые из-за отсутствия данных о ранее проведенных процедурах.

3. **Увеличение оборота койки на 5-8%** за счет рационального планирования госпитализаций.

4. **Увеличение пропускной способности поликлиники на 10-12%** за счет оперативного планирования посещений.

5. **Минимизация количества повторных назначений дорогостоящих обследований** благодаря отсутствию утери документов.

II. Сокращение временных и трудовых затрат:

1. **Существенная экономия времени врача** на оформление документации за счет:

- автоматического формирования этапной и выписной мед. документации;
- резкого уменьшения количества "бумажной" работы благодаря унификации историй болезни;
- простоты и быстроты поиска и обработки необходимой информации.

2. **Уменьшение на 30-40% затрат рабочего времени** при подготовке отчетной документации за счет автоматического формирования необходимых отчетов по заданным параметрам.

III. Повышение оперативности сбора информации:

1. **Наличие у руководства актуальной и достоверной информации:**

- о работе любого подразделения и учреждения в целом;
- за любой выбранный период;
- по любым заданным параметрам;
- в режиме реального времени.

2. Автоматическое формирование отчетов в режиме реального времени.

IV. **Увеличение количества научных работ**

Выводы: Внедрение и полноценная эксплуатация медицинских информационных систем позволяет учреждению перейти на совершенно новый уровень развития в финансово-экономическом, организационном и научном плане, сделать прозрачным расход медикаментов, повысить качество ведения медицинской документации и уровень подразделения сотрудников, а также увеличить количество и улучшить качество научных работ, выполняемых сотрудниками учреждения.

В онкологических учреждениях выгоднее всего внедрять госпитальный и популяционный регистры одного производителя, т.к. при автоматической выгрузке данных из госпитального в популяционный регистр отсутствует необходимость содержать штат операторов для ручного ввода информации о ЗНО. Это, в свою очередь, позволяет экономить как площади, так и компьютерную технику, а также исключает ошибки при ручном вводе данных. Точно такая же ситуация с автоматизацией поликлиники и стационара: при внедрении единого комплекса данные пациента, один раз внесенные в регистратуру поликлиники, автоматически переносятся во все документы, формируемые в других подразделениях учреждения (дневном и круглосуточном стационарах), что обеспечивает существенную экономию времени мед. персонала и исключает ошибки, неизбежные при ручном вводе больших объемов данных.

Кроме огромной экономии времени в автоматизированных учреждениях полностью исключен риск утери истории болезни и амбулаторной карты на бумажном носителе и все связанные с этим проблемы и финансовые издержки: от назначения повторных дорогостоящих исследований до судебных исков. Все отчеты и журналы, ведение которых определено законодательством (в том числе и последними приказами Минздравсоцразвития), формируются в автоматическом режиме за несколько минут – это значит, что в любой момент можно проанализировать деятельность учреждения в режиме реального времени.

МР-МАММОГРАФИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Подберезина Ю.Л., Мершина Е.А., Синицын В.Е., Алексеевская Т.В.

ФГУ «Лечебно-реабилитационный центр Росздрава», г. Москва

Цель исследования: определить роль МР-маммографии в планировании и коррекции объема хирургического лечения при раке молочной железы (РМЖ).

Материалы и методы: результаты клиничко-диагностического

обследования 18 больных с РМЖ в возрасте от 33 до 63 лет (48±15 лет). В комплекс диагностического обследования входили: маммография обеих молочных желез в 2-х проекциях на аппарате Mammomat 3000 (Siemens), ультразвуковое исследование на аппарате Mindray M5, МРТ молочных желез с динамическим в/в контрастированием на томографе Magnetom Avanto, 1,5T (Siemens).

Результаты и обсуждение: По результатам рентгеновской маммографии данные за наличие РМЖ получены в 78% случаев, в 22% случаев образование имело плотность, сравнимую с плотностью окружающей железистой ткани. По данным УЗИ молочных желез РМЖ диагностирован также в 78% случаев. При динамической МРТ с контрастным препаратом РМЖ был выявлен в 100% случаев, во всех случаях гистологически верифицирован. У 11 больных (61%) подтвержден единственный опухолевый узел, у 7 пациентов (39%) был выявлен мультифокальный роста опухоли. Наряду с этим, у 2 больных диагностировано множественное поражение лимфатических узлов и у 2 пациенток выявлены признаки инвазии в кожу. В результате включения МРТ в алгоритм обследования больных РМЖ тактика была изменена у 11 больных (61%). В 4 случаях (22%) увеличен объем хирургического лечения, в 7 случаях (39%) пациентам было рекомендовано предоперационное лечение (неoadьювантная химиотерапия). У 7 пациентов (39%) запланированная тактика лечения не изменилась.

Выводы: МР-маммография с динамическим в/в контрастированием, включенная в алгоритм обследования больных РМЖ, позволяет наиболее точно определить локализацию, размер, количество опухолевых узлов, а также выявить поражение кожи и регионарных лимфатических узлов за счет высокой чувствительности и специфичности.

АМБУЛАТОРНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА – РЕАЛИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ

*Привалов А.В., Важенин А.В., Ахметов И.Р.,
Кукленко Т.В., Семенова Л.Е.*

Челябинский областной клинический онкологический диспансер,
Челябинская государственная медицинская академия,
Челябинск, Россия

Введение. В данном сообщении приведен анализ 5-летнего опыта работы амбулаторного хирургического отделения регионального онкологического диспансера.

Цель работы. Изучение особенностей функционирования амбулаторного отделения в условиях онкологического диспансера.

Материалы и методы. За 5 лет существования амбулаторного онкологического отделения прооперировано 2197 больных с предопухолевыми заболеваниями кожи, молочной железы, а также с лимфаденопатиями в процессе установления диагноза и определения распространенности опухолевого процесса.

Результаты и обсуждение. 2197 операций, из них 44,8% – по поводу доброкачественных заболеваний молочной железы, 22,1% – по поводу доброкачественных или предопухолевых и опухолевых заболеваний кожи, 5,3% – по поводу опухолей мягких тканей, 7% – биопсии лимфоузлов, 20,7% – офтальмологические операции. Экономический эффект от работы амбулаторного хирургического отделения оценивался, исходя из стоимости койко-дня и средней длительности пребывания таких больных в стационаре и, с учетом предотвращения косвенных убытков, составил свыше 1940 тыс. руб. за анализируемый период.

Выводы. Опыт работы амбулаторного хирургического отделения онкологического диспансера демонстрирует жизнеспособность данной модели оказания помощи указанным выше категориям больных. Работа отделения проводится в строгом соответствии с нормативными документами государственного и регионального уровня и дает существенный экономический эффект. Использование стационарсберегающих технологий экономически обосновано и нуждается в дальнейшем развитии.

РАЗРАБОТКА И ДОКЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ И НАТУРАЛЬНЫХ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ.

Сергеева Н.С.¹, Баринов С.М.², Свиридова И.К.¹, Комлев В.С.², Фадеева И.В.², Кирсанова В.А.¹, Ахмедова С.А.¹, Смирнов В.В.², Филюшин М.М.¹, Мыслевцев И.В.¹, Шанский Я.Д.¹

¹ ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Росмедтехнологий»,

² Учреждение Российской академии наук Институт металлургии и материаловедения им. А.А. Байкова, г. Москва, Россия

Введение. Разработка современных биоматериалов для закрытия костных дефектов при реконструктивно-пластических операциях (в онкологии, травматологии, челюстно-лицевой хирургии и др.) является актуальной задачей в связи с расширением объема оперативных вмешательств и рядом известных недостатков применяемых имплантатов.

Цель исследования. Доклинические испытания *in vitro* и *in vivo* спектра новых синтетических наноструктурированных биоматериалов на основе фосфатов и карбоната кальция и природного материала – скелета натуральных кораллов (НК) сем. Асгорога.

Материалы и методы. Оценку токсичности и матричных свойств поверхности биоматериалов осуществляли *in vitro* на клеточной линии фибробластов человека (МТТ-тест), биосовместимости и остеозамещающих потенциалов наиболее перспективных образцов – *in vivo* (модели – подкожная имплантация, остеотомия голени крысы, циркулярная резекция бедренной кости баранов).

Результаты и обсуждение. Разработаны технологии изготовления ряда оригинальных и импортзамещающих нетоксичных, биосовместимых, нанокристаллических матриц (керамика, костные цементы, биокомпозиты) с регулируемой скоростью биорезорбции и наличием остеокондуктивных свойств. В то же время показано, что НК существенно превосходит эти материалы по способности обеспечивать органотипическое замещение костных дефектов. Начаты ограниченные клинические испытания НК на базе клиники онкоортопедии.

КТ-ДИАГНОСТИКА МЕСТНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Силантьева Н.К., Шавладзе З.Н., Попова Ю.А., Агабабян Т.А., Сарычева Т.Г., Евдокимов Л.В., Невольских А.А., Ерыгин Д.В.

Медицинский радиологический научный центр РАМН, г. Обнинск, Россия

Введение. Гарантией правильного выбора и планирования методики лечения злокачественной опухоли является точное определение степени ее распространения.

Цель работы – обобщить данные собственных наблюдений по компьютерно-томографической (КТ) диагностике местного распространения колоректального рака.

Материалы и методы. Проанализированы данные КТ 172 больных колоректальным раком (рак ободочной кишки – 29, рак прямой кишки – 143).

Результаты и обсуждение. Описаны КТ-симптомы внекишечного распространения колоректального рака: неровный, нечеткий контур кишки; тяжесть, участки инфильтрации окружающей клетчатки в зоне опухолевого поражения кишки и брыжеечного аппарата, а также вовлечение соседних органов в зависимости от локализации опухоли. У больных раком прямой кишки анализировали глубину поражения мезоректума. При диагностике внеорганный распространения опухоли диагностическая эффективность КТ составила: при раке ободочной кишки чувствительность – 96%; специфичность – 67%; точность – 93%; прогностичность положительного результата – 96%; прогностичность отрицательного результата – 67%; при раке прямой кишки чувствительность – 93%; специфичность – 78%; точность – 85%; прогностичность положительного результата – 76%; прогностичность отрицательного результата – 92%. Разработан симпомокомплекс,

характерный для местного распространения рака прямой кишки, учитывающий контуры пораженной опухолью стенки кишки, характер изменений и глубину поражения мезоректума.

Заключение. Компьютерная томография является эффективным, неинвазивным методом диагностики местного распространения колоректального рака.

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ВЫБОРА РАЦИОНАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Силантьева Н.К., Агабабян Т.А., Скоропад В.Ю.

Учреждение Российской Академии Медицинских Наук Медицинский радиологический научный центр РАМН, Обнинск, Россия.

Введение. Точная предоперационная оценка стадии рака желудка весьма актуальна, так как от нее напрямую зависит выбор тактики лечения и прогноз заболевания.

Целью нашего исследования явился анализ информативности КТ при выборе тактики лечения больных раком желудка.

Материалы и методы. Проанализированы КТ-данные 86 больных раком желудка различной локализации. Оценка стадии опухоли проводилась по Международной классификации UICC (2002 год).

Результаты. По данным КТ стадия Т1-2 (ровные, четкие наружные контуры стенки желудка) диагностирована у 40 больных; Т3 (нечеткие контуры желудка в зоне поражения, инфильтрация окружающей клетчатки и связочного аппарата желудка) – у 27; Т4 (вовлечение окружающих органов) – у 19. Отдаленные метастазы выявлены у 10 больных. КТ-данные явились одним из основных факторов, определявших тактику дальнейшего обследования и лечения: 13 больных направлены на диагностическую лапароскопию; 9 – получили пролонгированный курс предоперационной химиолучевой терапии, 67 – радикально прооперированы. Сопоставление КТ-данных и морфологических заключений, проведенное у 67 больных, показало, что категория Т была точно определена у 58 из 67 больных (86,6%).

Заключение. КТ является эффективным методом в оценке местной распространенности рака желудка, позволяющим скорректировать тактику лечения, включая применение неoadъювантной терапии, и сформировать группу пациентов, которым показана радикальная операция.

КРОСС- ПОЛЯРИЗАЦИОННАЯ ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ (КП ОКТ)- НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.

*Стрельцова О.С., *Загайнова Е.В., *Гладкова Н.Д.*

Кафедра урологии и *НИИПФМ ГОУ ВПО «НижГМАРосздрава», г. Нижний Новгород

Трудность диагностики раннего рака мочевого пузыря связана с тем, что это болезнь, которая может проходить различные стадии развития от предраковых изменений с наличием атипии и дисплазии до выраженного инвазивного процесса. Традиционная ОКТ не всегда помогает получить необходимую информацию о состоянии слизистой оболочки. **Цель исследования**-оценка диагностической эффективности КПОКТ и традиционной ОКТ по выявлению раннего рака мочевого пузыря. **Материалы и методы:** Методом КПОКТ обследовано 116 пациентов с локальными неэкзофитными («плоскими») патологическими процессами мочевого пузыря. Использован аппарат «ОКТ 1300-У». Проанализированы КП ОКТ изображения и биоптаты из этих зон. Биопсийный материал окрашивался гематоксилин – эозином и пикросириусом красным (окраска на тип коллагена). Анализ КП ОКТ-изображений по сформулированным признакам проводились методом «слепого» («закрытого») распознавания семью респондентами с последующей статистической обработкой.

Результаты и обсуждение: У 100 из 116 пациентов диагностированы

доброкачественные состояния с диффузным поражением мочевого пузыря, на фоне которого выявлялась локальная плоская подозрительная на неоплазию зона. У 16 пациентов (из 116) диагностирована малигнизированная «плоская подозрительная зона», где морфологически обнаружены явления тяжелой дисплазии-рака *in situ* (n-10) или рак с инвазией в подслизистый слой (n-6). Исследования показали, что КПОКТ имеет высокие общие диагностические показатели в определении раннего рака: чувствительность метода 93.7%; специфичность – 84%; диагностическая точность – 85.3%. КП ОКТ имеет достоверно более высокие диагностические показатели в определении ранней малигнизации ($p \leq 0.01$), чем традиционная ОКТ.

Вывод: Метод КП ОКТ позволяет преодолеть диагностические ограничения стандартной ОКТ.

КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИКАРДА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА

Шавладзе З.Н., Силантьева Н.К., Гришина О.Г., Богатырева Т.И., Павлов В.В.

Медицинский радиологический научный центр РАМН, г. Обнинск, Россия.

Вступление. Поражение перикарда при первичной лимфоме Ходжкина (ПЛХ) является неблагоприятным прогностическим фактором и

требует назначения специального лечения.

Целью работы явилось определение роли компьютерной томографии (КТ) в диагностике поражения перикарда при ПЛХ.

Материалы и методы. Проведен анализ КТ-данных 91 больного ПЛХ.

Результаты. Разработана КТ-симптоматика поражения перикарда, включающая в себя толщину и характер его листков, наличие жидкости в полости перикарда. На основе отмеченных симптомов мы выделили 4 симптомокомплекса. 1. Отсутствие поражения перикарда (его толщина ≤ 2 мм, листки ровные, гладкие, выпота в его полости нет) – 11 больных. 2. Утолщение перикарда более 4 мм без выпота в его полости – 11 больных. 3. Локальное изменение перикарда (уплотнение или утолщение в месте прилегания конгломератов лимфатических узлов средостения) – 9 больных. 4. Перикардальный выпот – 60 больных. У 39 из них было малое или умеренное количество жидкости в виде полоски жидкости шириной до 5 мм позади левого желудочка сердца и латерально от левого предсердия или полоски шириной от 5 до 10 мм по задней стенке левого желудочка и/или в области верхушки сердца. У 21 – значительное количество жидкости в виде полоски жидкости ≥ 5 мм вокруг сердца. Сравнительный анализ с данными рентгенографии и эхокардиографии (ЭхоКГ) показал, что КТ позволяет диагностировать поражение перикарда на более ранних этапах, чем рентгенография. Частота ложноотрицательных результатов, подтвержденных наблюдением в динамике, при КТ была в 2 раза ниже, чем при ЭхоКГ (соответственно 13% и 26%).

Вывод. КТ является эффективным методом в распознавании поражения перикарда у больных ПЛХ и должна включаться в комплекс первичного обследования.