

раком, выявить группы риска, определить оптимальный алгоритм ранней диагностики колоректального рака и метастазов в печень.

Материал и методы. Проведен анализ 235 историй болезни пациентов отделения общей хирургии ОКОД с 01.01.02 по 31.12.12, оперированных по поводу колоректального рака, с выявленными до операции и интраоперационно метастазами в печень. Пациенты распределены по группам, в зависимости от пола, возраста, стадии заболевания.

Результаты и обсуждение. Всего больных 235: мужчин 111 (47,2%), из которых с множественными метастазами в печени 90 пациентов, солитарными — 21 пациент. Женщин 124 (52,8%), из которых с множественными метастазами 89 пациентов, солитарными — 35.

В зависимости от класса (TNM) пациенты распределены следующим образом: T1 — 1 (0,4%) пациент, T2 — 2 (0,85%) пациента, T3 — 32 (13,6%) пациента, T4 — 200 (85,1%) пациентов.

По возрастным группам: 28—40 лет 12 (5,1%) пациентов; 41—55 лет 46 (19,6%) пациентов; 56—70 лет 126 (53,6%) пациентов; 71—83 года 51 (21,7%) пациент.

Таким образом, у 85% пациентов колоректальный рак, сопровождающийся метастазами в печень, был выявлен в IV стадии, когда успех хирургического лечения близок к сомнительному. Группа риска — пациенты 55—70 лет, больные колоректальным раком (T4NxM1) обоих полов. Меры по улучшению диагностики: на догоспитальном этапе при медосмотрах и диспансеризации населения необходимо проводить: 1) УЗИ органов брюшной полости, и в первую очередь печени (всем возрастным категориям); 2) ректальное пальцевое обследование — лицам старше 40 лет; 3) колоноскопию — лицам старше 40 лет.

Ю.А. Магарилл¹, И.Л. Васильченко¹, А.М. Осинцев², Д.А. Пастушенко¹, А.Л. Майтаков², Н.В.Васильченко², М.А. Осинцева², Г.Н. Белоусов²

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛОКАЛЬНОГО ИНДУКЦИОННОГО НАГРЕВА В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

¹ГБУЗ КО «Областной клинический онкологический диспансер», ²ФГБОУ ВПО «Кемеровский технологический институт пищевой промышленности», г. Кемерово, Россия

В настоящее время локальная гипертермия рассматривается как один из перспективных способов повышения эффективности лучевой и комбинированной терапии онкологических больных. Однако существующие методы локальной гипертермии и современные аппараты, реализующие эти методы, далеко не во всех случаях позволяют избирательно нагревать опухоли внутренних органов до гипертермических температур.

Метод индукционного нагрева широко известен. Он позволяет проводить эффективный бесконтактный нагрев образцов. Однако объектом для индукционного нагрева могут служить лишь электропроводные и по возможности ферромагнитные материалы. Биологические ткани характеризуются очень низкой электропроводностью и отсутствием сильных магнитных свойств,

что исключает использование подобного метода для их непосредственного нагрева.

Для контролируемого бесконтактного нагрева небольшой области внутри крупного массива органического вещества мы предлагаем размещать в нем тканезаменяющий аппликатор, полностью повторяющий ложе опухоли, содержащий электропроводные ферромагнитные частицы, инкорпорированные в полимерную матрицу. Аналогов предложенного способа нагрева смесей полимера с ферромагнитными материалами в доступной для изучения научно-технической литературе нами не обнаружено.

Одним из перспективных направлений для использования данного метода в медицине может стать применение индукционного нагрева тканезэквивалентного аппликатора для локальной интраоперационной гипертермии в сочетании с радиотерапией при лечении рака.

Ю.А. Магарилл, М.А. Красильникова

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ

ГБУЗ «Кемеровская государственная медицинская академия», г. Кемерово, Россия

Цель исследования — провести анализ заболеваемости, диагностики и лечения гастроинтестинальных стромальных опухолей (GIST) на примере ГБУЗ КО ОКОД.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ клинических историй болезни больных с GIST за период с 2006 по 2012 г.

Результаты и обсуждение. За период с 2006 по 2012 г. в ГБУЗ КО ОКОД было пролечено 16 пациентов с GIST, из них 10 женщин и 6 мужчин. На этапе обследования пациентам в поликлинике проводились обследования в зависимости от предварительного диагноза: фиброгастроуденоскопия, тотальная фиброколоноскопия после ирригографии, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, органов малого таза. Для диагностики GIST дополнительно проводили компьютерную томографию органов брюшной полости, а в последние два года использовали магнитно-резонансную томографию. Чаще всего пациенты поступали в хирургическое отделение с предварительным диагнозом: опухоль брюшной полости неясного генеза (у 7 больных). На втором рангом месте — опухоль желудка (4 больных) и единичные случаи: опухоль нижнего средостения, слепой кишки после аппендэктомии. Учитывая отсутствие гистологической верификации опухоли, основным методом лечения был хирургическим. Больным проводили радикальные вмешательства и паллиативные, при невозможности удаления первичного очага опухоли (канцероматоз, местно неоперабельный процесс — 2 пациента), проводили биопсию опухоли с последующим проведением курсов химиотерапии с попыткой повторного хирургического лечения. У пациентов с предварительным диагнозом опухоль брюшной полости неясного генеза, окончательный диагноз после лапаротомии был следующим: GIST тонкой кишки (5 больных), GIST желудка (2 больных). Учитывая опыт работы в ГБУЗ КО ОКОД и рекомендации ESMO, дан-

ные обзора литературы, был составлен алгоритм диагностики и лечения GIST.

До операции и окончательной ПГИ и ИГХ-верификации GIST расценивали только как злокачественные опухоли определенной органопринадлежности. Алгоритм обследования был аналогичен стандартному при опухолях той или иной локализации. При подозрении на GIST выполняли следующие исследования: ФГДС с биопсией для оценки слизистой пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки. Тотальная ФКС для оценки состояния слизистой толстой кишки, проводили УЗИ-ОБП, ОМТ и забрюшинного пространства, КТ, МРТ для определения распространенности процесса и наличия отдаленных метастазов.

Тактика лечения GIST:

1. В случае наличия отдаленных метастазов GIST проводили лечение иматинибом/сунитинибом.

2. Если опухоль неоперабельна, то проводили терапию иматинибом, затем повторно оценивали возможность удаления опухоли.

3. В случае, если хирургическая операция была выполнена нерадикально (R1/R2) или при выполнении радикальной операции (R0) высока вероятность рецидива, проводили адьювантную терапию иматинибом.

Л.В. Маликова, Т.Г. Нечунаева, Т.А. Максименко, А.А. Красилова

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МАТОЧНЫХ ТРУБ

Алтайский филиал ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН, КГБ УЗ Алтайский краевой онкологический диспансер», г. Барнаул, Россия

Рак маточных труб (PMT) встречается достаточно редко, частота его колеблется от 0,3 до 1,8% всех злокачественных опухолей женской половой сферы. При этом пятилетняя выживаемость составляет от 10 до 45%.

В КГБУЗ АКОД за последние пять лет пролечено 24 больных PMT.

В репродуктивном периоде находились 8(33,3%) больных, в менопаузе — 16 (66,7%). Диагноз до операции устанавливался редко, что связано со структурой клинической картины, иногда симулирующей другие заболевания женских половых органов. По частоте предъявляемых жалоб первое место занимали кровянистые и периодически возникающие водянистые выделения из половых путей у всех 24 больных. Вторым наиболее частым симптомом явились боли в животе. Они наблюдались у 22 (91,7%) пациенток.

В исследуемой группе у 9 пациенток в анамнезе имелись указания на хронические аднекситы и сальпингиты, что в процентном соотношении от общей группы составило 37,5. У 18 (75%) женщин бимануально были определены опухоли различного характера, а у 6 (25%) больных опухоли четко не пальпировались.

На дооперационном этапе значительную помощь оказали дополнительные методы исследования, дающие возможность заподозрить наличие у больной онкологического заболевания, что в конечном итоге давало право произвести диагностическую лапаротомию. Диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала с последующим гистологическим исследованием было проведено всем больным, однако при гистологи-

ческом исследовании онкологической патологии не выявлено у 13 (54,2%) больных. При ультразвуковом исследовании выявлены объемные образования маточных труб у 7 (29,2%) больных. На основании проведенного обследования PMT до операции был диагностирован только у 2 (8,3%) больных. Во всех остальных случаях лечение начиналось по поводу предполагаемого рака тела матки или рака яичников. Всем 24 больным произведена пунктирная пространия Дугласа. При цитологическом исследовании пунктата у 15 (62,5%) больных обнаружены атипичные клетки. У 3 (12,5%) пациенток была произведена аспирация содержимого полости матки, найдены атипичные клетки.

Надвлагалищная ампутация матки с придатками произведена 15 (62,5%) больным, экстирпация матки с придатками — 9 (37,5%) больным. Во всех случаях одновременно выполнялась резекция большого сальника. I стадия опухолевого процесса была диагностирована у 2 больных (8,3%), II — у 7 больных (29,2%), III — у 13 (54,2%) больных и IV — у 2 (8,3%) больных. При III—IV стадии у 15 (63%) больных при диссеминации процесса в брюшную полость отмечалось увеличение уровня маркера СА-125.

По нашим данным, процент морфологической верификации до операции у больных PMT составил 74. I—II стадия PMT после оперативного лечения установлены у 9 (37,5%) больных, III—IV стадия — у 15 (62,5%) больных. При подозрении на злокачественные новообразования маточных труб кроме стандартных методик (УЗИ, РДВ и т.д.) необходимо исследовать уровень СА-125, особенно при отсутствии злокачественной опухоли в соскобах из полости матки.

К.Г. Мамонтов, Н.В. Балуева, С.Л. Хайс, М.К. Никитин, В.М. Перфильев, А.Ф. Лазарев

ОБШИРНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ РЕГИОНАРНОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С ВЫСОКИМ РИСКОМ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ

Алтайский филиал ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН, КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», г. Барнаул, Россия

Заболеваемость колоректальным раком ежегодно увеличивается. У 25% больных на момент установления первичного диагноза имеются метастазы в печени. У 50% пациентов метастазы в печени появляются в процессе лечения. Резектабельность составляет 10—20%.

Цель исследования — создание клинических рекомендаций по предупреждению и коррекции кровопотери при операциях на печени. Авторы определяют возможность применения той или иной стратегии в зависимости от этапа операции.

Материал и методы. Материалом для работы послужили 120 пациентов с метастазами колоректального рака в печени, которым выполнена обширная резекция печени с проведением предоперационной регионарной,