

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 тканезквивалентного 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-