

асимметричной гиперфиксации индикатора в гортани. Патологическое накопление ^{99m}Tc -МИБИ в проекции опухоли визуализировалось у 24 больных раком гортани или гортаноглотки из 25. Таким образом, чувствительность метода составила 96%. В группе пациентов, получивших химиотерапевтическое лечение, у 8 больных после проведения повторного исследования было отмечено снижение накопления препарата в опухоли, при этом индекс опухоль/фон ранний уменьшался с $2,05 \pm 1,56$ до $0,9 \pm 0,45$ ($p=0,01$), поздний с $1,35 \pm 1,04$ до $0,58 \pm 0,35$ ($p=0,01$). У

одного больного определялось существенное повышение накопления индикатора в опухоли, в 2 раз превышающее исходное значение, что было расценено как прогрессирование патологического процесса.

Выводы. Однофотонная эмиссионная компьютерная томография с ^{99m}Tc -МИБИ может применяться в диагностике злокачественных новообразований гортани и гортаноглотки, а также может быть использована для оценки эффективности химиотерапевтического лечения таких пациентов.

МЕСТО КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ

А.С. ЗЕНЮКОВ, Т.В. ЗЕНЮКОВА

*Хабаровский филиал ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН,
ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии», г. Хабаровск*

Актуальность. Несмотря на стабильное снижение заболеваемости и смертности, рак желудка (РЖ) по-прежнему остается наиболее актуальной проблемой клинической онкологии. С 2003 по 2007 год в Хабаровском крае регистрируется устойчивая тенденция к росту заболеваемости раком желудка как у мужчин (с 29,5 до 37,1 на 100 000 населения), так и у женщин (с 20,3 до 21,1 на 100 000 населения). В Хабаровском крае отмечается сравнительно высокий процент диагностики заболевания III-IV стадии. Особенности современного рака желудка является увеличение его агрессивных форм: низкодифференцированных опухолей с инфильтративной формой роста и высокой частотой раннего лимфогенного метастазирования. Средняя продолжительность жизни больных после пробной лапаротомии составляет 5-8 мес, после паллиативных дренирующих операций она не превышает 9-11 мес. Более чем в 30-50% случаев интраоперационно не представляется возможным дифференцировать истинное опухолевое прорастание от перифокальной воспалительной инфильтрации окружающих органов, что нередко служит отказом от радикального вмешательства. На

IV Международном конгрессе по раку желудка (США, 2001) лимфодиссекция D2 определена как стандартный объем радикального хирургического вмешательства, поскольку она улучшает результаты лечения и снижает частоту локально-региональных рецидивов. В последние годы, говоря об объеме оперативного вмешательства, японские и многие западноевропейские хирурги все чаще склоняются в пользу органосохраняющих операций при местно-распространенных формах рака желудка (РЖ), достигая радикальности за счет расширенной лимфодиссекции. Но показания к резекции окружающих желудок органов и тканей окончательно не определены. Вопрос о целесообразности выполнения комбинированных и расширенных операций остается открытым.

Цель исследования. Изучить непосредственные результаты радикальных расширенно-комбинированных операций у пациентов Хабаровского края с местно-распространенным раком желудка.

Материал и методы. В онкологическом отделении №1 ГУЗ «ККЦО» г. Хабаровска (зав. отделением С.Б. Сагайдак) за период 2004-08 гг. радикально прооперировано 278

пациентов с раком желудка, в возрасте от 35 до 85 лет, средний возраст составил $59,7 \pm 0,2$ года. Расширенно-комбинированные операции выполнены 71 пациенту, все операции дополнялись лимфодиссекцией в объеме D2 или D3. Возраст колебался от 26 до 85 лет (в среднем $57,7 \pm 0,40$ года). Женщин прооперировано – 36, в возрасте от 26 до 74 (средний возраст $56,6 \pm 0,56$ года), мужчин – 34, в возрасте от 34 до 85 лет (средний – $58,6 \pm 0,59$ года).

Наиболее часто встречающийся объем комбинированных операций – гастроспленэктомия и/или с резекцией поперечно-ободочной кишки. Данный вид оперативного вмешательства выполнен у 27 пациентов (38%). Гастрогемипанкреатоспленэктомии выполнены у 15 пациентов (21,1%), ГПДР – у 6 (8,45%). Верхняя эвисцерация выполнена у 2 пациентов (2,8%). По локализации опухоли больные распределились следующим образом: тотальное поражение – 11 больных (15,5%), субтотальное поражение – 3 (4,2%), кардиального и субкардиального отделов – 6 (8,4%), тело – 32 (45,1%), опухоль

пилороантрального отдела – 12 (16,9%), рак культи или рецидив в культе желудка – 7 (9,9%). Послеоперационный койко-день составил от 12 до 56 (в среднем $21,95 \pm 0,41$).

Результаты. С помощью патоморфологического исследования уточнена стадия опухолевого процесса, и больные распределились следующим образом: II – 14 больных (19,7%), IIIA – 16 (22,5%), IIIB – 7 (9,9%), IV – 34 (47,9%). Из гистологических форм преобладали низкодифференцированная аденокарцинома и недифференцированный аденогенный рак. На их долю приходится почти 50%. Послеоперационные осложнения развились у 7 пациентов (9,9%), из них у 5 пациентов – панкреонекроз и по одному случаю эвентрация и поддиафрагмальный абсцесс. Все осложнения потребовали релапаротомий. Летальных исходов не наблюдалось.

Выводы. Выполнение расширенных комбинированных операций ведет к увеличению послеоперационного койко-дня, но количество осложнений не увеличивается, и позволяет увеличить общую выживаемость.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПОСТКАСТРАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ

А.Н. ЗОЛотова, Е.А. Неродо

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»,
г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Посткастрационный или постовариоэктомический синдром встречается у 60-80% женщин в детородном возрасте после одномоментного хирургического выключения функции яичников. Клинические проявления посткастрационного синдрома схожи с проявлениями физиологического климактерического синдрома и также включают в себя 3 группы расстройств: вегето-сосудистые, обменно-эндокринные и психические, однако чаще, у 60% женщин, определяется тяжелое течение и часто возникают трудности в купировании посткастрационного синдрома привычными схемами гормонозаместительной терапии. Известно, что психические симптомы занимают значительное место в клинической картине

посткастрационного синдрома и описаны как весьма разнообразные, чаще отмечают такие психические феномены, как эмоциональная лабильность, тревога, сниженное настроение, плаксивость, астенические проявления, нарушения сна. Из всех психических проявлений посткастрационного синдрома чаще всего встречается тревожно-депрессивная симптоматика, которая требует четкой дифференциальной диагностики между психическими проявлениями посткастрационного синдрома и началом или обострением самостоятельного психического расстройства, возникновение которого весьма вероятно в периоды гормональных перестроек организма – пубертатный и климактерический, особенно резко возникающих после овариоэкто-