

Летальные исходы наблюдались в группе пациентов оперированных классическими методами по поводу метастазов колоректального рака. Они были обусловлены развитием прогрессирующей полиорганной недостаточности на фоне терминальной стадии ракового заболевания в одном случае и развитием ДВС-синдрома на фоне кровопотери крайне тяжелой степени в другом случае.

Выводы

Успехи хирургической гепатологии во многом обусловлены постоянным совершенствованием техники резекции печени направленной на снижение объема интраоперационной кровопотери, а так же послеоперационных осложнений. Применение PlasmaJet® позволило свести к минимуму объем кровопотери и значительно сократить число осложнений в послеоперационном периоде. Использование современной аппаратуры обогащает арсенал хирурга, позволяя контролировать интраоперационное кровотечение и улучшить непосредственные результаты лечения.

Литература

1. Вишневский В.А., Назаренко Н.А., Икрамов Р.З., Тарасюк Т.И. пути улучшения результатов обширных резекций печени // Анналы хирургической гепатологии, 2005, Т.10. №1.
2. Boyle P., Firlay J. Cancer incidence and mortality in Europe, 2004// Ann. Oncol. 2005. – V. 16(3). – P. 481–488.
3. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2005г. // Вест. РОНЦ им. Блохина РАМН, 2007. Т.18. №2 (Приложение1). – 156 с.
4. American Cancer Society. Detailed Guide: Colon and rectum cancer.
Available at: http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI241X_What_are_the_key_statistics_for_colon_and_rectum_cancer.asp?sitearea=. Accessed 4.23, 2007.
5. Laweus D., Taylor I. Chemotherapy for colorectal cancer – and overview of current managements for surgeons // E.J.S.O. 2005. V.31. – P. 932–941.
6. Патютко Ю.И. Хирургическое лечение злокачественных опухолей печени. М.: Практ. мед., 2005.
7. Бордуновский В.Н., Бондаревский И.Я. Использование новых технологий при резекции печени // Вестник хирургии. – 2010. Т.169. – №5.
8. Васильев П.В., Ионин В.П., Кислицин Д.П. и др. Гемо- и билиостаз при резекциях печени // Уральск. мед. журн. – 2008. – №6 (46). – С. 27–30.
9. Масааки Катаока, Ешио Ооэда, Шигеру Ешиока и др. Чрескожная чреспеченочная абляция этанолом для лечения послеоперационных желчных свищей как осложнений резекции печени // Гепатогастроэнтерология, 2011, №3–4.
10. Reuter NP, Martin RC: Microwave energy as a precoagulative device to assist in hepatic resection. Ann Surg Oncol 2009; 16:3057–63.
11. Delis SG, Bakoyiannis A, Karakaxas D. et all: Hepatic parenchyma resection using stapling devices: peri – operative and long – term outcome, HPB (Oxford) 2009; 11:38–44.
12. Lee KF, Wong J, NgW, Cheung YS, Lai P: Feasibility of liver resection without the use of the routine Pringle maneuver: an analysis of 248 consecutive cases. HPB (Oxford) 2009; 11:332–8.
13. Wagman LD, Lee B, Castillo E, El – Bayar H, Lai L: Liver resection using a four – prong radiofrequency transaction device. Ann. Surg 2009; 75:991–4.
14. Navarro A, Burdio F, Berjano EJ et all: Laparoscopic blood – saving liver resection using a new radiofrequency – assisted device: preliminary report of an in vivo study with pig liver. Surg Endosc 2008; 22:1384–91.
15. Gugenheim J., Bredt LC., Iannelli A. A Randomized controlled trial comparing Fibrin Glue and PlasmaJet® on the raw surface of the liver after hepatic resection. Hepato–Gastroenterology 2011; 58:922–925.

Габриелян А.Г.¹, Степанков А.В.²

¹ Челюстно-лицевой хирург ОГШ №2, Самарский областной клинический онкологический диспансер; ² Студент 5 курса, Самарский государственный медицинский университет

МЕТАСТАЗЫ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ШЕИ ИЗ НЕ ВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА. МЕТОД ВЫБОРА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

Аннотация

Данная статья посвящена обсуждению проблемы стандартизации тактики в диагностике и лечении у пациентов с метастазами рака в лимфатических узлы шеи из не выявленного первичного очага, учитывая высокую социальную значимость данной когорты больных. Рассмотрены наиболее частые локализации первичного очага метастазов в лимфатические узлы шеи.

Ключевые слова: метастазы рака, не выявленный первичный очаг, лимфатические узлы шеи.

Gabrielyan A.G.¹, Stepankov A.V.²

¹ Oral and maxillofacial surgeon of Head and Neck Carcinoma Ward №2 Samara Regional Clinical Oncological Dispensary, ² student 5-th course, Samara State Medical University

METASTASES IN CERVICAL LYMPH NODES FROM UNDIAGNOSED PRIMARY SITE. BREEDING METHOD IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT

Abstract

This article is devoted to discussion of a problem of standardization of tactics in diagnostics and treatment at patients with cancer metastases in lymph nodes of a neck from unknown primary site, considering the high social importance of this cohort of patients. The most frequent localizations of primary site of metastases in lymph nodes of a neck are considered.

Keywords: metastases of cancer, undiagnosed primary site, cervical lymph nodes.

Актуальность. В настоящее время во всем мире отмечается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями головы и шеи, что обусловлено множеством факторов. Статистика свидетельствует о неуклонном росте пациентов с онкозаболеваниями. С 2001 по 2011 год их прирост составил 17,3%. Долгосрочные прогнозы ВОЗ так же неутешительны [2]. Необходимо отметить тот факт, что одной из сложных задач клинической онкологии является проблема метастазирования. По данным различных авторов больные с метастазами злокачественной опухоли из не выявленного первичного очага составляют от 0,5 до 15% лиц, обратившихся за онкологической помощью [4, 5, 6]. Столь большая разница в показателях объясняется разным подходом к определению этой нозологической формы. Частота метастазов без выявленной первичной опухоли превышает показатели заболеваемости раком губы, мочевого пузыря, почки, опухолями костей и мягких тканей. Средняя продолжительность жизни данной категории больных не превышает 8,1 месяца [7]. Метастазы рака при не выявленном первичном очаге по частоте среди всех злокачественных новообразований занимают 8-ое место [3]. Так же отмечено, что метастазирование у этой категории больных происходит путем, не соответствующим типичным закономерностям диссеминации опухолей известной локализации, что предоставляет большую проблему в поиске первичного очага [1]

Цель. Стандартизировать тактику в диагностике и лечении у пациентов с метастазами рака в лимфатические узлы шеи из не выявленного первичного очага.

Поставленная цель достигалась следующими задачами:

1. Установить наиболее частые локализации первичной опухоли при поражении лимфоузлов шеи разных уровней
2. Оценить результаты исследования
3. Оптимизировать методы обследования больных с метастазами рака в лимфатические узлы шеи при не выявленном первичном очаге

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 76 историй болезней отделения опухолей головы и шеи №2 ГБУЗ СОКОД за период с 2012 по 2013 годы с диагнозами вне органы опухоли шеи и метастазы в лимфатические узлы шеи из не выявленного первичного очага. Средний возраст больных составил 54 года, из которых 9 (69,2%) мужчин, женщин 4 (31,8%). (Таблица 1).

Таблица 1. Распределение по полу и возрасту больных с метастазами рака в лимфатические узлы шеи из не выявленного первичного очага

№ п/п	До 20 лет	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	>80
Мужчины	-	-	-	1	3	3	2	-
Женщины	2	-	-	1	1	-	-	-
Всего	2	-	-	2	4	3	2	-

Всем пациентам на догоспитальном этапе проведено обследование в плане поиска первичного очага: отоскопия и фарингоскопия, УЗИ органов шеи и брюшной полости, пункционная биопсия лимфатических узлов с цитологической верификацией, обзорная рентгенография органов грудной клетки, фиброларингоbronхоскопия, фиброгастроскопия.

Результаты и обсуждение. Всем 13 пациентам выполнена операция радикальная шейная диссекция. По локализации метастатического процесса на шее с солитарными лимфатическими узлами, пациенты распределились следующим образом: 4 уровень шеи – 5 (38%) больных, 2 и 3 уровни – 7 (54%) пациентов, 3 и 4 уровни – 1(8%) больной. (Рисунок 1)

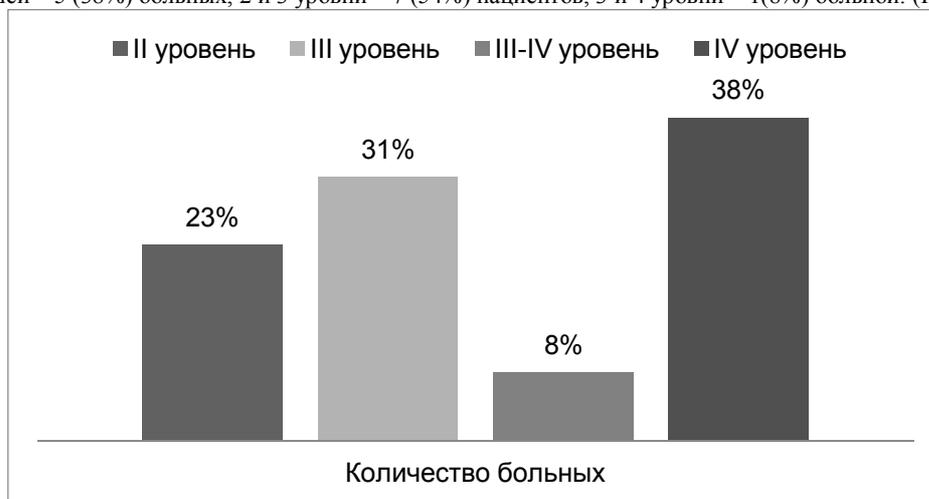


Рисунок 1. Распределение больных по уровням поражения лимфатических узлов шеи метастазами рака из не выявленного первичного очага (n = 13)

По гистологическому типу: у 9 пациентов – плоскоклеточный орговевающий (неорговевающий) рак, со степенью злокачественности G2(2) и G3(7). У 4 других пациентов – метастазы аденокарциномы, меланомы, светлоклеточного рака и перстневидноклеточного рака. После проведенного хирургического лечения, 11 пациентам с метастазами рака в лимфатические узлы шеи из не выявленного первичного очага проведена лучевая терапия в суммарной дозе (44–50 Гр), 2 другим химиотерапия. В сроки от 2 до 7 месяцев 11 пациентам в условиях онкологического диспансера, выполнено повторно: фиброларингоbronхоскопия, КТ носоглотки, ротоглотки, гортаноглотки и УЗИ лимфатических узлов шеи. У 3 пациентов после хирургического лечения с локализацией метастаза во 2 и 3 уровнях первичный очаг выявлен в гортаноглотке, 2 пациентов в носоглотке и 1 больного в ротоглотке.

Приведенные клинические наблюдения свидетельствуют о необходимости расширения и проведения дополнительных методов исследования, таких как КТ и МРТ носоглотки, ротоглотки, гортаноглотки, легких на догоспитальном этапе и в ранние сроки после завершения хирургического лечения у пациентов с метастазами рака в лимфатические узлы шеи из не выявленного первичного очага. Таким образом, своевременно выявленный первичный очаг и установленный клинический диагноз, используя при этом перечень дополнительных методов исследования специализированного учреждения, позволяют выработать адекватный подход к лечению данной группы больных и положительно отразиться на прогнозе.

Выводы.

1. Анализируя наши результаты, мы выявили, что наиболее частая локализация метастатического очага в лимфатические узлы шеи из не выявленного первичного очага во II и III уровни шеи, а локализация первичного очага в большей половине случаев находится в носо-рото-гортаноглотке
2. Расширенный поиск первичного очага, используя методы дополнительной диагностики на догоспитальном, исключают возможность ошибочной тактики лечения данной категории больных.

Литература

1. Комаров И.Г., Комов Д.В. Метастазы злокачественных опухолей без выявленного первичного очага / И.Г. Комаров, Д.В. Комов. – М: «Триада-X», 2002, 135 с.
2. Поляков А.П., Решетов И.В. Реабилитация больных с ксеростомией в онкологической практике. Обзор литературы: Журнал Федерации специалистов по лечению заболеваний головы и шеи: Голова и шея, 2013. – №2. – с. 35–39.
3. Фишер К.С. Секреты гематологии и онкологии М., Бином, 1997, с. 473–475.
4. Guthrie T.H. Treatable carcinoma of unknown origin // Amer. J. Med. Sci–1989. – 298, № 2. – р. 74–78.
5. Muir C. Cancer of unknown primary site. Cancer 1985 Jan. 1 75:1 Suppl. P. 353–6.
6. Frost P., Raber M., Abruzzese J.L. Unknown primary tumors as a unique clinical biologic entity a hypothesis / Frost P., Raber M., Abruzzese J.L. // Cancer Bull., 1989, 41–3, p.139–141.

Козлов С.В.¹, Каганов О.И.², Ткачев М.В.³, Козлов А.М.⁴, Швец Д.С.⁵

¹Доктор медицинских наук, профессор; ²ассистент кафедры онкологии, кандидат медицинских наук;

³аспирант; ⁴аспирант; ⁵онколог, Самарский Государственный Медицинский Университет

ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛАЦИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С БИЛОБАРНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

Аннотация

В представленной статье отражены результаты проведенного сравнительного анализа эффективности применения метода радиочастотная термоабляция в комбинированном лечении билобарных метастазов колоректального рака в печени с результатами применения только химиотерапии.

Ключевые слова: радиочастотная термоабляция, метастазы, колоректальный рак.

Kozlov S.V.¹, Kaganov O.I.², Tkachev M.V.³, Kozlov A.M.⁴, Shvets D.S.⁵

¹Doctor of medical sciences, professor; ²assistant to chair of oncology candidate of medical sciences; ³graduate student; ⁴graduate student; ⁵oncologist, Samara State Medical University

APPLICATION IN COMBINED RADIO TERMOABLATION TREATMENT OF PATIENTS WITH BILOBARNYMI METASTASES FROM COLORECTAL CANCER IN THE LIVER

Abstract

In the present article presents the results of a comparative analysis of the efficacy of radiofrequency thermal ablation technique in the combined treatment bilobarnyh metastatic colorectal cancer in the liver with the results of the use of chemotherapy alone.

Keywords: radiofrequency thermal ablation, metastases of colorectal cancer.

Ежегодно в мире регистрируется около миллиона новых случаев заболеваний колоректальным раком (КРР), в России - более 50 тысяч [1]. Печень является основным «органом-мишенью» на пути гематогенного распространения вторичных новообразований [2]. Одним из методов лечения больных с метастазами КРР в печени является радиочастотная термоабляция (РЧА) [3].

Цель работы: изучить результаты и обосновать применение радиочастотной термоабляции в комбинированном лечении больных с метастазами колоректального рака в печени.

Материалы и метод. В программу исследования вошли 178 больных с билобарными единичными и множественными метастазами КРР в печени, выявленными после радикального хирургического лечения опухоли толстой кишки. В основную группу ($n = 93$) вошли больные, которые получали комбинированное лечение: химиотерапия и РЧА. Больным контрольной группы ($n = 85$) проводилась только химиотерапия без хирургического воздействия на метастатические очаги. Для сравнительной оценки результатов лечения проводилось исследование общей и безрецидивной выживаемости. Учитывая различный прогноз течения заболевания, больные основной и контрольной групп были разделены на подгруппы по числу выявленных метастазов: единичные и множественные. Сравнительный анализ результатов лечения проводился: в основной ($n = 39$) и контрольной ($n = 33$) группах – с единичными метастазами; и в основной ($n = 54$) и контрольных ($n = 52$) группах – с множественными метастазами.

Результаты исследования. У больных в основной группе с единичными метастазами КРР в печени была достигнута трехлетняя безрецидивная выживаемость, которая составила 3,5%, медиана безрецидивной выживаемости достигла 15 месяцев. В контрольной группе с единичными метастазами были получены только двухлетние показатели – 6,9%, медиана выживаемости составила 9 месяцев. Кривые выживаемости различались значительно (статистика логрангового критерия 2,85, $p = 0,004$). Применение метода РЧА позволило достичь показателей общей пятилетней выживаемости в основной группе с единичными метастазами - 4,3%, медиана общей выживаемости достигла 28 месяцев, тогда как в контрольной группе была получена лишь трехлетняя выживаемость – 9,9%, с медианой выживаемости 15 месяцев. ($p = 0,002$). Кривые выживаемости различались так же значительно (статистика логрангового критерия 3,71, $p = 0,002$). В основной группе больных с множественными билобарными метастазами КРР в печени проведение РЧА позволило достичь двухлетней безрецидивной выживаемости – 3,4% с медианой безрецидивной выживаемости 9 месяцев, в то время как в контрольной группе с множественными метастазами аналогичный показатель равнялся нулю, медиана выживаемости достигла 6 месяцев (статистика логрангового критерия 2,12, $p = 0,05$). Применение РЧА в основной группе с множественными метастазами позволило достичь показателя общей четырехлетней выживаемости – 1,8%, медиана выживаемости 18 месяцев, тогда как в контрольной группе была получена лишь трехлетняя выживаемость – 2,1%, медиана выживаемости 11 месяцев (статистика логрангового критерия 3,77, $p = 0,000$).

Вывод. Таким образом, количество метастазов КРР в печени является важным прогностическим признаком, влияющим на показатели выживаемости у больных. Сравнение отдаленных результатов лечения в основной и контрольных группах показало, что применение метода РЧА в комбинации с химиотерапией при лечении единичных и множественных билобарных метастазов КРР, выявленных после удаления первичной опухоли, позволяет значительно улучшить показатели безрецидивной и общей выживаемости, в сравнении с группой пациентов, которым проводилась только химиотерапия.

Литература

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Вестник ГУ РОНЦ им. Блохина РАМН. 2011; 3: 172.
2. Чиссов В. И., Бутенко А. В., Вашакмадзе Л. А. с соавт. Российский онкологический журнал. 2010; 5: 8–12.
3. Вишневецкий В.А., Федоров А.В., Ионкин Д.А. с соавт. Хирургия. 2010; 2: 18–29.

Козлов С.В.¹, Каганов О.И.², Ткачев М.В.³, Козлов А.М.⁴, Швец Д.С.⁵

¹Доктор медицинских наук, профессор; ²ассистент кафедры онкологии, кандидат медицинских наук; ³аспирант; ⁴аспирант;

⁵онколог, Самарский Государственный Медицинский Университет

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРОГРЕССИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛАЦИИ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

Аннотация

В представленной статье отражен метод, используемый для прогнозирования развития прогрессии процесса после радиочастотной термоабляции метастазов колоректального рака в печени, который может быть применен в онкологических подразделениях лечебно-профилактических учреждениях.

Ключевые слова: радиочастотная термоабляция, метастазы, прогнозирование.

Kozlov S.V.¹, Kaganov O.I.², Tkachev M.V.³, Kozlov A.M.⁴, Shvets D.S.⁵

¹Doctor of medical sciences, professor; ²assistant to chair of oncology candidate of medical sciences; ³graduate student; ⁴graduate student; ⁵oncologist, Samara State Medical University