

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 структурной 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 пунктиростомия 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,

внутриартериальной химио- и биотерапии (1-я группа – FOLFOX 6, 2-я группа – FOLFOX 6 + бевацизумаб). Билобарное поражение — 69 (58%) больных; правая доля – 36 (29%); левая доля — 15 (13%) больных. Единичные метастазы — 65 (54%), множественные — 55 (46%). Размер от 1,5 до 27 см — что в среднем составило 6 см.

Обширная резекция печени с резекцией контралатеральной доли выполнена у 43 (36%) больных. Правосторонняя гемигепатэктомия (ПГГЭ) у – 35 (29%); левосторонняя гемигепатэктомия (ЛГГЭ) — у 15 (12,5%); расширенная правосторонняя гемигепатэктомия (РПГГЭ) – у 24 (20%); расширенная левосторонняя гемигепатэктомия (РЛГГЭ) — у 3 (2,5%). Соотношение выполненных операций по объему в двух группах статистически не различается ($p = 0,2$). Преобладают стандартные гемигепатэктомии над расширенными. В большинстве случаев атипические резекции сочетались с обширными и предельно допустимыми резекциями печени.

Из всех выполненных операций на печени у 16(15%) пациентов выполнялись комбинированные резекции, где опухолевые очаги распространялись на соседние органы. При распространении опухолевого очага на соседние органы мы отдаем предпочтение резекции этого органа. Наиболее часто выполнялась резекция диафрагмы — у 13(81%) пациентов. При вращении опухоли в магистральные сосуды в 3 случаях: выполнена резекция нижней полой вены у 2 больных, резекция воротной вены у 1 больного.

Все обширные резекции печени выполнялись воротным способом. У 39 больных в основном при выполнении предельно допустимых обширных резекций печени трансекция печени осуществлялась с временной акклюзией афферентного кровотока в печени в течение не более 20 мин.

Профилактику массивной интраоперационной кровопотери проводили следующим образом. 1) воротный способ резекции печени; 2) внепеченочная обработка сосудов печени; 3) рассечение печени по анатомическим фиссурам; 4) пережатие гепатодуоденальной связки (временная остановка афферентного кровотока в печени); 5) наложение провизорного турникета на нижнюю полую вену; 6) применение гемостатической пластины «Тахакомб»; 7) медикаментозная профилактика: за 30—40 мин перед трансекцией печени внутривенное введение трансаминазной кислоты.

Результаты и обсуждение. Рассмотрено влияние вида лечения на объем кровопотери в зависимости от схемы химиотерапии. При сравнении исследуемых групп значимого различия по объему кровопотери не выявлено. Таким образом, дооперационная, регионарная, внутриартериальная химиотерапия с добавлением к лечению бевацизумаба не влияет на кровопотерю во время проведения операции. Данные об интраоперационной кровопотере в сравниваемых группах представлены в табл. 1.

Т а б л и ц а 1

Объем интраоперационной кровопотери в сравниваемых группах

	Folfox ($n = 62$)	Folfox+бевацизумаб ($n = 44$)
Медиана	1000 [600; 1450]	900 [600; 1500]

Данные об интраоперационной кровопотере в зависимости от характера обширной резекции печени представлены в табл. 2.

Т а б л и ц а 2

Интраоперационная кровопотеря при обширных резекциях печени

Характер обширной резекции печени	Кровопотеря, мл; медиана (квартили)
ПГГЭ	700 [450; 1200]
РПГГЭ	1200 800; 1600]
ПГГЭ + резекция контралатеральной доли	900 [600; 1200]
РПГГЭ + резекция контралатеральной доли	1300 [1100; 1600]
ЛГГЭ	800 [400; 1000]
РЛГГЭ	2000 1200; 3500]
ЛГГЭ + резекция контралатеральной доли	1300 [650; 2100]
РЛГГЭ + резекция контралатеральной доли	1775 [950; 2600]

При анализе данной таблицы объем интраоперационной кровопотери заметно возрастает от стандартной гемигепатэктомии, даже если она выполнялась вместе с околоопухолевой резекцией оставшейся доли, к расширенной гемигепатэктомии. Максимальная кровопотеря отмечена при выполнении РПГГЭ. Околоопухолевая резекция оставшейся доли печени при стандартной гемигепатэктомии независимо от стороны выполнения последней не привела к статистически достоверному увеличению кровопотери по сравнению с группой больных, где резекция оставшейся доли печени при гемигепатэктомии на стороне большего поражения не выполнялась.

Данные об интраоперационной кровопотере в зависимости от объема обширной резекции и стороны наибольшей резекции печени и независимо от наличия экономной резекции оставшейся части печени представлены в табл. 3.

Т а б л и ц а 3

Кровопотеря в зависимости от объема обширной резекции печени и стороны наибольшей резекции печени

Характер операции	Кровопотеря, мл; медиана (квартили)		p
	стандартная ГГЭ	расширенная ГГЭ	
ПГГЭ	800 [600; 1200]	1200 [800; 1500]	0,004
ЛГГЭ	1000 [600; 1500]	2000 [1200; 2600]	0,07

С увеличением объема операции от стандартной ПГГЭ к РПГГЭ наблюдалось статистически достоверное увеличение объема кровопотери ($p = 0,004$). РЛГГЭ также сопровождалась большим объемом кровопотери, хотя различие не носит статистически достоверного характера ($p = 0,07$).

Отдельно хочется провести сравнительный анализ и рассмотреть медиану интраоперационной кровопотери при выполнении обширных резекций печени в различных вариантах. У 43(36%) пациентов с целью уменьшения интраоперационной кровопотери использовали пережатие гепатодуоденальной связки до 20 мин. Данные представлены в табл. 4.

Т а б л и ц а 4

Интраоперационная кровопотеря в зависимости от пережатия афферентных сосудов при обширных резекциях печени

Характер обширной резекции печени	Кровопотеря, мл; медиана (квартили)		p
	без пережатия афферентных сосудов печени	с пережатием афферентных сосудов печени	
ПГГЭ	750 [(425; 1150)]	1100 [700; 1200]	0,07
ЛГГЭ	700 [400; 1000]	1400 [1200; 2100]	0,001
РПГГЭ	900 [650; 1450]	1450 [1050; 1950]	0,05
РЛГГЭ	1200 [500; 1200]	3050 [2600; 3500]	—
	800 [500; 1200]	1200 [1000; 1950]	0,000005

При временной окклюзии афферентного кровотока в печени отмечалось увеличение объема интраоперационной кровопотери. Наиболее часто эту методику используют при выполнении паренхиматозного этапа резекции печени. В 27 случаях временная окклюзия афферентного кровотока в печени применялась при выполнении предельно допустимых резекций печени и стандартных гемигепатэктомий с резекцией контралатеральной доли при билобарном поражении печени. Как видно в представленных в таблице данных, имеется значимое различие, увеличение объема кровопотери при временной окклюзии афферентного кровотока в печени ($p = 0,00002$). Среди пациентов, которым выполнена комбинированная резекция печени с резекцией диафрагмы, у 6 больных операция сопровождалась временной акклюзией.

Заключение. Использование вышеуказанной тактики — хирургической, анестезиологической, с применением различных методов сосудистой изоляции печени, с улучшением техники операций в сочетании с применением современного технического арсенала средств — позволяет значительно снизить объем кровопотери при выполнении обширных резекций печени, а в ряде случаев проводить операции без использования донорской эритроцитной массы.

З.А. Манамбаева, М.Н. Сандыбаев, Н.К. Жумыкбаева, Б.А. Ансаликов

АКТУАЛЬНОСТЬ СКРИНИНГА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Региональный онкологический диспансер, Государственный медицинский университет, г. Семей, Республика Казахстан

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан (РК) «Саламатты Қазақстан» на 2011—2015 гг. и Программа развития онкологической помощи населению РК на 2012—2016 гг. (далее Программа) предполагают раннее выявление злокачественных новообразований и улучшение оказания онкологической помощи населению. Основная цель — увеличение пятилетней выживаемости и снижение смертности от онкологической патологии до 99,5 на 100 тыс. населения к 2013 г. и до 95,8 на 100 тыс. населения к 2015 г.

В Республике Казахстан до 2011—2012 гг. скрининговые программы были нацелены на выявление рака визуальной локализации (рак молочной железы, шейки матки). Большая часть онкологических заболеваний

может быть диагностирована на ранних стадиях путем проведения скрининговых программ и соответственно стать резервом для снижения общей смертности от них. Отсутствие клинических симптомов в ранних стадиях рака предстательной железы (ПЖ) — РПЖ определило необходимость внедрения системы скрининга мужского населения с целью активного выявления пациентов, имеющих локализованные формы болезни. Особую актуальность ранняя диагностика опухолей ПЖ в доклинической стадии приобрела за последние 15–20 лет благодаря появлению реальных шансов на радикальное лечение.

Чаще всего РПЖ заболевают мужчины в возрасте 50 лет и старше, однако среди мужчин с отягощенной наследственностью (сыновья и братья больных РПЖ) вероятность заболевания увеличивается с 40 лет.

С целью раннего выявления злокачественных новообразований и улучшения оказания онкологической помощи населению РК во исполнение приказа Министерства здравоохранения РК от 05.03.12 № 151 «О внедрении пилотного проекта по скринингу рака предстательной железы в ВКО» впервые проект был внедрен в ВКО.

Программа скрининга предусматривала проведение обследования с периодичностью 1 раз в 2 года у мужчин 46—64 лет методом иммунохимического анализа крови на общий простатспецифический антиген (ПСА). Охват населения по ВКО составил 56 352 человек — 98% от плана (57 500 человек), из них 30 496 (54,1%) жители Восточного региона ВКО и 25 856 (45,9%) мужчин — жители Семейского региона. При общем уровне ПСА от 4 до 10 нг/мл среди лиц возрастной группы 46—52 лет проводилось исследование свободного ПСА и проПСА с определением индекса здоровья ПЖ (РНИ).

РНИ был использован для оказания помощи врачам в выявлении пациентов с РПЖ при низких (в пределах от 2 до 4 нг/мл) концентрациях общего ПСА с применением комплексного подхода к оценке степени риска. РНИ — расчетный показатель, включающий в себя помимо определения уровня общего и свободного ПСА еще и показатель 2проПСА, который является изоформой ПСА наиболее специфичной в диагностике РПЖ. Эта изоформа ПСА играет важную роль в определении степени злокачественности РПЖ. Известно, что чувствительность и специфичность РНИ значительно выше при использовании значений общего ПСА или соотношения свободный/общий ПСА у мужчин с общим ПСА менее 4 нг/мл. При РНИ 0—21% вероятность РП 1,9—16,1%. При РНИ 21—40% вероятность рака простаты 17,3—24,6%. При РНИ более 40% вероятность РП 36—52,9%.

Внедрение в широкую клиническую практику определения уровня ПСА в крови существенно расширило показания для выполнения трансректальной биопсии ПЖ, что в свою очередь привело к увеличению количества начальных, клинически локализованных форм рака из числа впервые выявленных РПЖ. Среди показаний к биопсии были следующие:

- 1) патология, выявляемая в ПЖ при пальцевом ректальном исследовании;
- 2) уровень ПСА выше порогового значения;
- 3) уровень ПСА выше возрастной нормы;
- 4) снижение соотношения уровней свободного и общего ПСА;
- 5) рост уровня ПСА в динамике;
- 6) повышение плотности ПСА;
- 7) наличие простатической интраэпителиальной не-