

Таким образом, внедрение в широкую медицинскую практику криохирургических методов с использованием российского оборудования, отвечающего мировым стандартам качества, обладающего высокой лечебной и экономической эффективностью, позволит сделать специализированную медицинскую помощь людям, в ней нуждающимся, доступной вне зависимости от региона их проживания и социального статуса.

¹Курпешев О.К., ²Флоровская Н.Ю., ¹Лебедева Т.В.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРМОХИМИОТЕРАПИИ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

¹ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр» Минздрава России, г. Обнинск; ²ГОБУЗ «Мурманский областной онкологический диспансер», г. Мурманск

Введение. Стандартом консервативного лечения больных с неоперабельными метастазами (мтс) колоректального рака (КРР) в печени является химиотерапия (ХТ), в основном с использованием 5-фторурацила (5-ФУ). Частота объективного ответа опухолей при этом методе колеблется от 12 до 42%, медиана выживаемости больных от 6 до 12 мес. Применение новых схем ХТ, таких как FOLFOX, FOLFIRI, XELOX, FUFOX, CAPOX и др., значительно расширило возможности лечения данной категории пациентов. Однако развитие химиорезистентности в опухолевых клетках значительно снижает результаты ХТ. В связи с этим разработка дополнительных методов, позволяющих повысить ее эффективность, является актуальной задачей в онкологии. Данные литературы свидетельствуют, что к таким методам можно отнести локорегионарную гипертермию (ЛРГТ).

Материал и методы. ЛРГТ в сочетании с 5-фторурацилом (5-ФУ) (термохимиотерапия – ТХТ) проведена 32 пациентам в возрасте от 31 до 76 лет (в среднем 58,7 года), из них 19 (59,4%) мужчин и 13 (40,6%) женщин. Группой сравнения служили 40 больных, подвергшиеся только ХТ с использованием 5-ФУ. Возраст больных в группе сравнения колебалась от 31 до 75 лет (в среднем 59,7 года). Мужчин было 26 (65%), женщин – 14 (35%). Эффективность лечения изучали в зависимости от степени поражения печени. Оценку степени поражения печени проводили по Bengtsson G. и соавт. (1981): при I степени (ст.) метастазы занимали до 25% объема печени, при II ст. – 25–75%, при III ст. – более 75%. Для контроля эффективности лечения использовали различные методы лучевой диагностики (УЗИ, КТ, МРТ). ХТ осуществляли с использованием 5-ФУ без лейковорина или в комбинации с ним: 5-ФУ 425 мг/м² внутривенно струйно 5 дней. Лейковорин 20 мг/м² внутривенно струйно в 1–5-й день за 1 ч до введения 5-ФУ. Повторные курсы проводили с интервалами в 4–5 нед. Некоторым больным назначали перорально капецитабин (Кселода) в монорежиме: 2500 мг/м² в сутки в 2 приема после еды ежедневно в течение 2 нед, интервал между курсами 1–2 нед.

ЛРГТ проводили на гипертермической установке

Thermotron RF-8 (40,68 МГц). Нагревание осуществляли после введения (приема) химиопрепаратов.

Результаты. Применение ЛРГТ в комбинации с 5-ФУ значительно повышало эффективность лечения больных с метастазами КРР рака в печени. В процессе проведения курса ТХТ значительно улучшался общесоматический статус, а также симптоматика заболевания. Эти изменения в первую очередь были связаны с высоким непосредственным эффектом ТХТ. По сравнению с ХТ при ТХТ частота объективного ответа опухоли (ПО и ЧО) повышалась от 30 до 56,3%, улучшалась также выживаемость больных. Из-за малой выборки при I ст. заболевания (по 5–6 больных) различия в выживаемости не были значимы. При II ст. поражения печени, где объем выборки также был небольшим (по 8 пациентов), но вследствие выраженного эффекта от ТХТ различия в продолжительности жизни больных были значимы ($p = 0,055$). Медиана выживаемости в основной группе (ТХТ) составила 9 мес, в исследуемой – 13 мес., средняя продолжительность жизни (СПЖ) – 9,6 и 13,0 мес соответственно. При III ст. заболевания различие в продолжительности жизни между группами было также значимым ($p = 0,034$): медиана выживаемости после ТХТ по сравнению с ХТ возросла от 3 до 5 мес, СПЖ – с 3,9 до 5,9 мес. Еще более высокозначимые различия между группами были получены при анализе продолжительности жизни больных с II–III и I–III ст. поражения печени. Медиана выживаемости в первом случае после ТХТ составила 7 мес, после ХТ – 4 мес ($p = 0,011$), во втором – 9 и 4,5 мес ($p = 0,013$) соответственно.

Заключение. Локо-регионарная гипертермия повышает эффективность лечения 5-ФУ больных с метастазами КРР в печени.

Манихас Г.М., Ханевич М.Д., Ваикуров С.М., Куканов М.А., Чалаев А.Г., Гончарук М.К., Хазов А.В.

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ МЯГКОТКАННЫХ ОПУХОЛЕЙ

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», г. Санкт-Петербург

Актуальность. На сегодняшний день саркомы мягких тканей по-прежнему остаются недостаточно изученной опухолевой патологией. В первую очередь это обусловлено их относительной редкостью. В то же время саркомы мягких тканей более чем в 60% случаев развиваются у пациентов трудоспособного возраста, а лечение данной патологии часто приводит к инвалидизации больных. С появлением рентгенэндоваскулярных методик началось их активное использование, в том числе и в лечении опухолей мягких тканей и их рецидивов. Это позволяет сократить объем интраоперационной кровопотери, количество осложнений, снизить процент рецидивов, а также повысить количество органосохраняющих вмешательств.

Цель исследования – оценить особенности кровоснабжения злокачественных опухолей мягких тканей туловища и конечностей и их клиническое значение.

Задачи исследования – провести анализ ангиограмм пациентов с первичными и рецидивными саркомами мягких тканей туловища и конечностей. Изучить варианты кровоснабжения в зависимости от морфологического типа опухоли. Изучить возможность проведения предоперационной селективной эмболизации питающих опухоль сосудов.

Материал и методы. В исследование были включены 165 пациентов с саркомами мягких тканей и их рецидивами. Возраст больных колебался от 26 до 87 лет. Мужчин было 79, женщин – 74. Морфологически в 49 (29,7%) случаях были диагностированы злокачественные фиброзные гистиоцитомы, в 34 (20,6%) – липосаркомы, в 26 (15,8%) – лейомиосаркомы, в 13 (7,9%) случаях диагностированы синовиальные саркомы, в 5 (3,0%) – выявлены злокачественные шванномы и в остальных 38 (23,0%) – другие виды сарком мягких тканей. Опухоль в 67 (40,6%) случаях локализовалась на нижних конечностях, в 62 (37,6%) – на туловище (включая забрюшинное пространство), в 36 (21,8%) – на верхних конечностях. У 69 (41,8%) пациентов, включенных в исследование, были первичные саркомы мягких тканей. Оставшиеся 96 (58,2%) пациентов были с рецидивами ранее пролеченных сарком мягких тканей.

Для выполнения ангиографии использовалась гибридная ангиографическая установка GE Innova 4100 с возможностью 3D-визуализации. Все исследование проводилось за 1–1,5 ч до оперативного вмешательства и являлись частью единого лечебного процесса, включавшего ангиографию, оперативное лечение и по показаниям криовоздействие на ложе удаленной опухоли мягких тканей.

Результаты. Мы провели анализ ангиограмм с разделением опухолей по типам кровоснабжения, степени васкуляризации и возможностям проведения селективной эмболизации питающих опухоль сосудов.

В большинстве случаев саркомы мягких тканей имели смешанный тип кровоснабжения. Он диагностирован в 86 (52,1%) случаях. Вторым по частоте встречаемости был магистральный тип кровоснабжения – 59 (35,8%) случаев. В 20 (12,1%) случаях определялся рассыпной тип кровоснабжения опухоли.

По степени васкуляризации мы выделяли опухоли с высокой, умеренной и низкой васкуляризацией. Если не выделять морфологических подтипов, то в 79 (47,9%) случаях всех сарком мягких тканей выявлены опухоли с высокой степенью васкуляризации. Еще 64 (38,8%) были представлены опухолями с умеренной васкуляризацией, и только в 22 (13,3%) случаях отмечалась низкая васкуляризация сарком. Самой высокой васкуляризацией отличались ангиосаркомы (4 включенных в исследование случая) и саркомы с низкой дифференцировкой. К низковаскуляризованным в большинстве случаев относились липосаркомы.

Полную и частичную редукцию кровотока удалось произвести 87 (52,7%) больным. В случаях

рассыпного типа кровоснабжения опухоли рентген-эндоваскулярная эмболизация сосудов оказалась технически невозможной. Также редукции кровотока не удалось добиться у 73 (44,2%) больных с магистральным и смешанным типом кровоснабжения. У 12 пациентов этой группы имел место выраженный атеросклероз сосудов, у 61 – особенности анатомического строения артериального русла и характера локализации опухоли.

Мелкоян Г.Г., Мумладзе Р.Б., Чеченин Г.М., Барин Ю.В., Лебедев С.С.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХОЛАНГИТОМ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, кафедра хирургии, г. Москва

До настоящего времени холангит остается нерешенной проблемой хирургии желчных путей и осложняет течение заболеваний гепатобилиарного тракта в 15–30% случаев. Летальность при этом, по данным разных авторов, составляет от 4,7 до 68% и имеет тенденцию к росту с увеличением возраста пациентов.

Устранение билиарной гипертензии недостаточно для купирования воспаления внепеченочных желчных путей, при этом декомпрессия билиарного тракта непосредственно на инфекционный агент не влияет.

После проведения оперативного вмешательства или использования минимально инвазивных методов декомпрессии билиарного тракта, таких как билиарное эндопротезирование, в целях купирования воспалительного процесса в желчных протоках и санации микробного агента, применяют антибактериальную терапию и промывание наружного дренажа антисептиками.

Нами предложен способ лечения холангита, включающего воздействие лазерного излучения на эндотелий желчных протоков посредством оптоволоконного световода, введенного в протоки через транспеченочный дренаж, без травматичного оперативного вмешательства (патент на изобретение № 2491968 «Способ хирургического лечения холангита»).

Эндохоледохеальное лазерное облучение и антибактериальную терапию использовали при лечении 37 больных с воспалительными заболеваниями желчных протоков на фоне онкологического процесса гепатопанкреатобилиарной зоны: 29 женщин и 8 мужчин в возрасте от 56 до 83 лет. Исследование проводилось на кафедре общей хирургии РМАПО на базе хирургических отделений ГКБ им. С.П. Боткина. Больные ранее были оперированы по поводу опухолевого поражения желчных протоков, большого дуоденального сосочка и поджелудочной железы.