

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 оптиковолоконного 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.

У 16 больных ранее было выполнено формирование билиодигестивных анастомозов, 6 пациентам была произведена панкреатодуоденальная резекция с формированием гепатикоеюноанастомоза, и у 15 пациентов ввиду неоперабельности были установлены эндобилиарные стенты.

Всем больным проводили комбинированную антибактериальную терапию в стандартных дозах: цефтриаксон (по 1 г 4 раза в день внутримышечно) + метронидазол (по 0,5 г 3 раза в день внутривенно).

У данной группы пациентов применялась новая технология, которая предусматривала подведение лазерного световода в желчные протоки через ранее установленный под контролем ультразвука транспеченочный дренаж в правом подреберье и применение лазерного излучения непосредственно на эндотелий протоков. Воздействие осуществляли лазерным излучением длиной волны 750 нм, при котором в клетках запускается каскад процессов, направленных на активизацию антиоксидантной системы, и бактерицидное воздействие на саму инфицированную желчь. Процедуру повторяли через день в количестве до 5 раз на курс лечения. После проведенного лечения дренаж извлекали, рану ушивали. Продолжительность одной процедуры составляла до 5 мин и выполнялась через день. Общее количество процедур у пациента в среднем до 5 раз, сроки пребывания в стационаре сокращались на 5–7 дней по сравнению с таковыми у группы пациентов, которым лечение холангитов проводилось только антибиотиками.

Показаниями для прекращения лазеротерапии являлись нормализация температуры тела и биохимических показателей холестаза, уменьшение отделения желчи по дренажу холедоха до 50 мл в сутки.

Метод эндохоледохеального облучения лазером является малоинвазивным и легко переносится пациентами.

Применение метода позволило улучшить результаты лечения больных с холангитами с получением более стойкого эффекта регрессии воспалительного процесса в желчных протоках с нормализацией их функции, сведение до минимума нежелательных осложнений, сопровождающих традиционные методы лечения данной категории больных.

Предлагаемый способ является высокоэффективным и позволяет получить в короткие сроки с минимальной травматизацией тканей выраженный клинический эффект, состоящий в более быстром стихании воспалительного процесса в желчных протоках за 3–5 дней и как следствие уменьшении интоксикации всего организма.

Полученный эффект является более стойким, чем после проведения антибактериальной терапии. Не развиваются осложнения, возможные при других методах лечения.

Особенно актуальным является использование данного метода, позволяющего избежать выполнения традиционных вмешательств на желчных протоках, у больных пожилого и старческого возраста, а также у больных с наличием выраженной сопутствующей соматической патологии.

¹Мерабишвили В.М., ²Мерабишвили Э.Н., ¹Ченик О.Ф.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ПЕЧЕНИ

¹ФГБУ «Научно-исследовательский институт онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России; ²ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Первичный рак печени – одна из наиболее тяжелых форм злокачественных опухолей. По разработкам материалов Популяционного ракового регистра Санкт-Петербурга, на протяжении последних 15 лет медиана кумулятивной наблюдаемой выживаемости больных раком печени по всем гистологическим формам (без учета посмертно выявленных больных) и для мужчин, и для женщин не превышала 3,3 мес жизни с момента постановки диагноза.

В патогенезе развития рака печени особая роль принадлежит хроническим нарушениям функции печени, вызванным вирусной инфекцией. Наиболее частой причиной развития гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) является вирус гепатита В и С.

По экспертной оценке ВОЗ ежегодно в мире от ГЦК погибает более 1,3 млн человек. Данные IX тома издания Международного агентства по изучению рака «Рак на пяти континентах» (2008), свидетельствуют, что наиболее высокие стандартизованные показатели (мировой стандарт) заболеваемости мужчин раком печени выявлены в Корее – 44,9^{0/0000}, в отдельных провинциях уровень заболеваемости превышал 50,0^{0/0000} (50,2^{0/0000}). Свыше 30^{0/0000} этот показатель регистрируется в Таиланде, Японии, Китае. Минимальные уровни (1,0–2,9^{0/0000}) установлены в Алжире, Индии, Бельгии, Нидерландах.

Частота злокачественных опухолей печени для женского населения в тех же странах находится на более низких показателях. Кроме того, в Северной Европе и Северной Америке риск развития первичной ГЦК в 4 раза выше среди больных алкоголизмом, особенно, среди пожилых. Алкоголь сам по себе не является печеночным канцерогеном, а может быть коканцерогеном вируса гепатита В (HBV). В России наиболее высокий уровень стандартизованных показателей заболеваемости среди мужского населения от рака печени зарегистрирован в республиках Саха (Якутия) – 18,61^{0/0000}, Чечня – 14,17^{0/0000}, Калмыкия – 13,33^{0/0000}, при среднероссийском показателе 3,93^{0/0000}. Среди женского населения наивысший показатель заболеваемости зарегистрирован также в республике Саха (Якутия) – 9,93^{0/0000}, кроме того, в Томской области его величина равна 5,0^{0/0000}, в Чечне – 4,86^{0/0000}. Среднероссийский показатель – 1,77^{0/0000}.

По большинству административных территорий России смертность от рака печени превышает уровень заболеваемости, что свидетельствует о существенном недоучете первичных больных. Даже уровень смертности («грубый» показатель) по России в целом для мужчин превысил в 2012 г. уровень заболеваемости. Заболеваемость у них равна 5,31^{0/0000}, смертность – 7,22^{0/0000}, для женщин эти показатели составили соответственно 3,60 и 5,02^{0/0000}. Индекс достоверности учета для мужчин составляет 1,36, для женщин – 1,4, т. е. число умерших практически превышает число заболевших на 40%. Индекс достоверности учета больше 1 и в целом по России. Только на 14 административных территориях его величина меньше 1. Сред-