

Пластику соска осуществляли трехлепестковым методом, ареола выполнялась при помощи косметического татуажа. Кроме осложненных случаев во всех остальных отмечен хороший косметический результат. Общая пятилетняя выживаемость при III A стадии составила $78,4 \pm 3,6\%$, ПВ — $63,3 \pm 3,2\%$, ПС — $60,1 \pm 3,0\%$. В контрольной группе соответственно — $77,3 \pm 3,4\%$, $62,2 \pm 3,3\%$ и $59,9 \pm 3,1\%$ ($p < 0,05$).

Резюмируя вышеизложенное, можно сделать вывод, что радикальные операции с одномоментными реконструктивно-пластическими операциями, а также с видеоторакоскопией у больных с III стадией РМЖ способствуют уточнению стадии заболевания, не влияют на течение болезни, не увеличивают количество послеоперационных осложнений, не препятствуют проведению комбинированной и комплексной терапии и улучшают качество жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вельшер Л. З., Праздников Э. Н., Чистяков С. С. Пред- и интраоперационная диагностика клинически не визуализируемых метастазов рака

молочной железы в подмышечных лимфатических узлах. // Российский онкологический журнал. — 2005. — № 3. — С. 4-8.

2. Гершанович М. Л. // Совр. онкол. — 1999. — Т. 1, № 1. — С. 16-17.

3. Дружков Б. К., Дружков О. Б., Малыгин Н. В. // Тез. Докл. 8-й Республиканской научно-практической конференции. — Казань, 1995. — С. 172-174.

4. Злокачественные новообразования в России в 2005 г. (заболеваемость и смертность). / Под ред. В. И. Чиссова и др. — М., 2007.

5. Триголосов А. В. // Автореф. Дисс. к.м.н. — М., 2001. — 29 с.

6. American Cancer Society; Cancer Facts and Figures 2007. Atlanta, American Cancer Society; Last accessed January 31, 2007.

7. Gairard B., Mathelin C., Schaffer P., Brettes J. P. Breast Cancer: epidemiology, risk factors, screening. // Rev. Prat., Jan 1998; 48(1): 21-27.

8. Cheng H. D., Jiguang Li. Fuzzy homogeneity and scale-space approach to color image segmentation. Pattern Recognition. — 2003. — 36 (7). — P. 1545-1562.

9. Fernandez J. reconstruction mammaria. // Bol. Trab. Soc. Cir. Buenos Aires. — 1968. — Vol. 50. — P. 86.

10. Tansini I., Sopra il mio nuovo processo di amputazioni della mammella. // Gaz. Med. Ital. — 1906. — № 57. — P. 141.

11. Wickman M. Rapid versus slow tissue expansion for breast reconstruction: a three-year follow-up. // Plast. Reconstr. Surg. — 1995. — V. 95 (4). — P. 712-718.

Возможности метода радиочастотной абляции в лечении больных с новообразованиями печени, легких, желчного пузыря, почек

В. И. БЕЛОКОНЕВ, С. В. КОЗЛОВ, О. И. КАГАНОВ

Самарский медицинский государственный университет

В последние годы возросло количество больных с IV стадией рака различной локализации (Mariette D., Faqniez P. L., 1992; Zacharoulis D., et al., 2003). Существуют разнообразные методы лечения данной группы больных, такие как химиотерапия, хирургическое лечение, лучевая терапия (Wood T. F., Rose D. M., Chung M. et al., 2000; Bowles J., Machi J., Whitney M. et al., 2001; Bleicher R., Allegra D., Nora D. et al., 2003). Особое место в плане научных и практических разработок получила методика локального внутриопухолевого термического воздействия на метастатические опухоли печени с использованием высокочастотного тока (Dupuy D. E., et al., 2000; Stella M., et al., 2003; Navarra G. et al., 2004). С начала 1990-х годов во всем мире началось широкое внедрение малоинвазивной технологии — радиочастотной абляции (РЧА) злокачественных образований паренхиматозных органов (McGahan J. P. et al., 1992; Rossi S. et al., 1995; Buscarini I. et al., 1995; Kang S., et al., 2001; Tepel J., et al., 2004).

Материалы и методы

В Самарском областном онкологическом диспансере метод радиочастотной абляции применяется с 2005 года на аппарате Cool-tip фирмы Radionics. В настоящее время пролечено более 80 пациентов с опухолями печени (76), легких (5), почек (1), рак желчного пузыря (2).

В догоспитальном периоде обследование пациентов включало в себя ультразвуковое исследование брюшной полости, пункционную биопсию очагов печени или легких, КТ или МРТ исследуемой области, рентгенографию легких.

У 82 пациентов были выявлены злокачественные заболевания печени, легких, желчного пузыря, почек, среди которых преобладали метастазы колоректального рака — 49 больных, у 9 — выявлен первичный рак печени. Метастатическое поражение печени было выявлено у 8 пациентов с диагнозом рак желудка, рак молочной железы — 8, рак шейки матки — 2. У 2 больных с диагно-

зом рак почки были выявлены метастазы легкого. Рак желчного пузыря диагностирован у 2 пациентов, у одной больной выставлен диагноз — первичный рак почки (таблица 1).

Таблица 1. Распределение больных по нозологии злокачественного поражения

Характер поражения	Число больных
Метастазы колоректального рака	49
Первичный рак печени	9
Метастазы печени при раке желудка	8
Метастазы печени при раке молочной железы	8
Метастазы легкого при раке почки	2
Рак желчного пузыря (РЧА ложа желчного пузыря)	2
Метастазы печени при раке шейки матки	2
Метастазы печени при раке тела матки	1
Рак почки	1
Всего	82

Всем больным проведено лечение с применением аппарата Cool-tip фирмы Radionics, Тусо (табл. 2). При лечении первичного рака и метастазов печени были выполнены следующие операции: чрескожное РЧА — 35 пациентам, циторедуктивная операции с удалением первичного очага, РЧА и резекции метастазов печени с применением аппарата Cool-tip — 25 больным, резекция печени с использованием аппарата COOL-Tip (операция Nabi-ba) — 10 пациентам, резекция печени (операция Nabi-ba) и РЧА метастазов противоположной доли — 4. Все операции проводились под контролем УЗИ. Выполнено РЧА у 5 больных с метастазами легкого, из них у 4 больных проведено РЧА метастазов легкого при торакоскопической операции под контролем УЗИ с использованием эндоскопического УЗИ-датчика, у одного пациента выполнено РЧА метастазов легкого при открытой торакотомии.

Двум пациентам с диагнозом «рак желчного пузыря» проведена стандартная холецистэктомия с обработкой ложа желчного пузыря с использованием аппарата Cool-tip. Одной пациентке с диагнозом «первичный рак почки» проведено РЧА новообразования почки при открытой операции.

В послеоперационном периоде отмечалась кратковременная гипертермия до 38°C, умеренные боли в области послеоперационной раны. Контроль эффективности проведения РЧА выполнялся при помощи КТ, МРТ, УЗИ, рентгенографии легких в день операции и через 7 дней после операции. Осложнения РЧА печени — один абсцесс печени, одна беломы, правосторонний плеврит в 2 случаях. Осложнений при РЧА легких и почки в послеоперационном периоде не было. Больные после полостных операций были выписаны на 10-13 сутки. Пациенты после чрескожных РЧА выписаны на 7 сутки.

Таблица 2. Виды операций выполненных с использованием аппарата Cool-tip

Объем оперативного вмешательства	Количество случаев
Чрескожное РЧА метастаза печени	35
Циторедуктивная операция с удалением первичного очага и РЧА метастаза печени	16
Резекцией печени с использованием аппарата Cool-tip (операция Habiba)	10
Циторедуктивная операция с удалением первичного очага и резекцией печени с использованием аппарата Cool-tip (операция Habiba)	9
Резекцией печени с использованием аппарата Cool-tip (операция Habiba) и РЧА метастаза противоположной доли	4
РЧА метастаза легкого при торакоскопической операции	4
РЧА обработка ложа желчного пузыря при холецистэктомии (рак желчного пузыря)	2
РЧА метастаза легкого при торакотомии	1
РЧА первичного рака почки	1
Всего	82

На данный момент проводится диспансерное наблюдение данных групп больных. Срок диспансерного наблюдения в среднем 21 месяц. Всем больным с целью контроля выполнялись УЗИ-, КТ- и МРТ- исследования через 1, 3, 6 и 12 месяцев после операции. Из 82 прооперированных больных прогрессия заболевания с появлением новых очагов возникла у 7 пациентов, продолженный рост очага, подвергнувшегося воздействию РЧА, возник в 2 случаях. В результате чего в 8 случаях была выполнена повторная операция РЧА. За 2 года выполнения методики умерло 5 пациентов, которым было проведено РЧА. На данный момент внедряется новый

метод лечения пациентов с диагнозом «рак желчного пузыря» и резекции печени при лапароскопических операциях.

Выводы

РЧА является малотравматичной, органосохраняющей методикой с минимальным числом осложнений при строгом соблюдении показаний к ней.

Метод РЧА открывает новые возможности в лечении больных с МТС легких, злокачественным поражением почек и желчного пузыря. Ключевым фактором хороших отдаленных результатов РЧА является контроль радикальности выполнения метода.

Заключение

Полученные нами положительные результаты выполнения РЧА открывают большие перспективы развития методики в лечении пациентов со злокачественными поражениями печени, легких, желчного пузыря и почек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bowles J., Machi J., Whitney M. et al. Safety and efficacy of radiofrequency thermal ablation in advanced liver tumors. // Arch. Surg. — 2001, 136: 864-869.
2. Bleicher R., Allegra D., Nora D. et al. Radiofrequency ablation in 447 complex unresectable liver tumors: lessons learned. Arch. Surg. Oncol. — 2003, 10: 52-58.
3. Buscarini I., Rossi S., Fornari F., Di Stasi M., Buscarini E. Laparoscopic ablation of liver adenoma-by radiofrequency electrocautery. // Gastrointest. Endosc. — 1995. — Vol. 41. — P. 68-70.
4. Dupuy D. E., Zagoria R. J., Akerley W., Mayo-Smith W. W., Kavanagh P. V., Safran H. Percutaneous radiofrequency ablation of malignancies in the lung. AJR. — 2000; 174: 57-59.
5. Mariette D., Faqniez P. L. Hepatic metastasis of non-colorectal cancer. Results of surgical treatment. // Rev. Prat. — 1992; 42: 10: 1271-1275.
6. McGahan J. P., Browning P. D., Brock J. M., Tesluk H. Hepatic ablation using radiofrequency electrocautery. // Invest. Radiol. — 1990. — Vol. 25. — P. 267-270.
7. Navarra G., Lorenzini C., Curro G., Sampiero G., Habib N. H. Radiofrequency-assisted hepatic resection-first experience. // Ann. Ital. Chir. — 2004. — Vol. 75, N 1. — P. 53-56.
8. Rossi S., Di Stasi M., Buscarini E., Cavanna L., Quaretti P., Squassante E., Garbagnati F., Buscarini L. Percutaneous radiofrequency interstitial thermal ablation in the treatment of small hepatocellular carcinoma. // Cancer. J. Sci. Am. — 1995. — Vol. 1, N 1. — P. 73.
9. Stella M., Percivale A., Pasqualini M., Profeti A., Gandolfo N., Serafini G., Pellicci R. Radiofrequency-assisted liver resection. // J. Gastrointest. Surg. — 2003. — Vol. 7, N 6. — P. 797-801.
10. Tepel J., Klomp H. J., Habib N., Fandrich F., Kremer B. Modification of the liver resection technique with radiofrequency coagulation. // Chirurg. — 2004. — Vol. 75, N 1. — P. 66-69.
11. Wood T. F., Rose D. M., Chung M. et al. Radiofrequency ablation of 231 unresectable hepatic tumors: indications, limitations, and complications. // Ann Surg Oncol. — 2000, 7 (8): 593-600.
12. Zacharoulis D., Asopa V., Navarra G., Nicholls J. P., Jensen S. L., Habib N. A. Hepatectomy using intraoperative ultrasound-guided radiofrequency ablation. // Int. Surg. — 2003. — Vol. 88, N 2. — P. 80-82.

Эндопротезирование органов желудочно-кишечного тракта саморасправляющимися стентами

Ю. И. ГАЛЛИНГЕР, Э. А. ГОДЖЕЛЛО, М. В. ХРУСТАЛЕВА, М. А. АМЕЛИНА
 ГУ РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН, г. Москва, Россия

Введение

Одной из проблем при неоперабельном раке пищевода, кардиоэзофагеальной зоны, выходного отдела желудка, рецидиве опухоли в области анастомозов, сдавлении просвета пи-

щеварительной трубки извне, а также у пациентов с кишечной непроходимостью, развившейся на фоне рака толстой кишки, является устранение дисфагии, восстановление энтерального питания и пассажа кишечного содержимого. С этой целью, как правило,