

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 структурой 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 пунктирная пространия 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,