

пролеченных на аппаратах «Электа» и «Примус»;

– положительный эффект от лечения присутствовал во всей группе пролеченных пациентов.

Из представленных выше данных, видно, что при паллиативном облучении костных метастазов РШМ, эффект от лечения, а именно: исчезновение болевого синдрома – 83%, склерозирование очага деструкции – 92% намного выше при проведении лучевой терапии на линейных ускорителях электронов (аппараты «Примус» и «Электа») после КТ-разметки и оконтуривания. Так же наблюдается более высокий эффект от лечения на аппаратах «Примус» и «Электа» при метастазах в парааортальные лимфатические узлы – полный регресс метастазов достигнут у 75% пациенток, по сравнению с 42% у пациенток, пролеченных на аппаратах «Тератрон».

Отдельно следует сказать, что при лечении на аппаратах «Примус» и «Электа», меньшее количество случаев возникновения лучевых реакций со стороны рядом находящихся с областью облучения здоровых органов и тканей. Это связано с более высокой точностью подведения дозы, возможностью минимизировать попадание высоких изодоз на здоровые органы и ткани, что отражается в составленных гистограммах плана лучевого лечения.

#### **ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МУКОЗЭКТОМИЯ В СОЧЕТАНИИ С АРГОНО-ПЛАЗМЕННОЙ КООГУЛЯЦИЕЙ (АПК) КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕОПЛАЗИЯМИ ТИПА LST**

*Е.Н. Десятов, Ю.А. Черемных, И.Р. Самодурова, В.Ю. Кузнецов*

Тюменский ООД

Плоские неоплазии толстой кишки впервые были выявлены в 1985 году Muto с соавторами [3]. Данная патология имеет более высокий злокачественный потенциал по сравнению с полиповидными образованиями [2, 4]. Плоские неполиповидные образования размерами более 2 см характеризуются стелющейся формой роста по слизистой оболочке толстой кишки и классифицируются как горизонтально распространяющиеся опухоли (англ. Laterally Spreading Tumor (LST)) [1]. Адекватное и безопасное удаление таких образований вызывает дискуссию, так как эндоскопическая резекция слизистой оболочки и эндоскопическая резекция слизистой оболочки с диссекцией в подсли-

зистом слое требуют определённой квалификации оператора, наличия дорогостоящих одноразовых инструментов и госпитализации пациента, при этом не гарантирует от возникновения рецидива.

Цель исследования: на базе отделения эндоскопии Тюменского онкодиспансера проведена ретроспективная оценка результатов за период 2008-2012 гг. удаления стелющихся образований типа LST ободочной кишки методом эндоскопической резекции слизистой оболочки с учетом гистологической структуры, глубины инвазии, осложнений и рецидивов.

Материал и методы.

Удалено 43 неполиповидных образований типа LST 40 пациентам. Предварительно выполнена колоноскопия эндоскопом CF-N180AL («Olympus», Япония) с биопсией неоплазии. Оценка инвазии осуществлялась методом эндоскопической ультрасонографии с биоплановой реконструкцией изображения при локализации в левых отделах УЗ-зондом с частотой 20 МГц UM-DP20-25R («Olympus», Япония). Для эндоскопической резекции слизистой оболочки с LST-G использовалась высокочастотная станция ERBE VIO 200D (ERBE, Германия) и диатермическая петля типа «Петля Кудо» (MTW, Германия) с контролируемым раскрытием до 40 мм, после предварительной инъекции в подслизистый слой от 20 до 50 мл физиологического раствора. Края раны сводили эндоклипами HX-610-135 "EZ-Clip" («Olympus», Япония) в 23 (53,5%) случаях одномоментного удаления. Мукозэктомия по частям выполнена в 20 (46,5%) случаях - для профилактики рецидива выполнялась аргонно-плазменная коагуляция краёв раны зондами диаметром 2.3 и 3.2 мм (ERBE, Германия) в режиме FORCED APC 32 -34 Вт. при  $V_{Ar}=2.0$  л/мин. до формирования струпа, при этом, несмотря на большую площадь раны эндоклипирование не выполняли.

Результаты и обсуждение.

Средний возраст пациентов составил 60 лет. Все неоплазии – 43 (100%) локализовались в ободочной кишке (слепая – 5, восходящая – 3, поперечная – 12, нисходящая – 2, сигмовидная – 21). По данным ультрасонографии не распространялись за пределы мышечной пластинки слизистой оболочки. Гистологически представляли собой в 29 (67,5%) случаях пролиферирующие тубуло - ворсинчатые аденомы, 13 (30,2%) случаях ворсинчатые аденомы, в 1 случае (2,3%) диагностирована высоко дифференцированная аденокарцинома. Продольный раз-

мер удалённых неоплазий находился в интервале от 15 до 45 мм. Осложнений со стороны раны не наблюдали. Выписка происходила на следующие сутки после мукоэктомии. Колоноскопия высокого разрешения с осмотром в узком спектре изображения (NBI) и биопсией из рубца выполнялась эндоскопом CF-N180AL («Olympus», Япония) на 3, 6, 9, 12 месяц в первый год, на 6, 12 месяц во второй год и в дальнейшем ежегодно. В проведённом исследовании рецидивов не наблюдали. Мы объясняем это обязательным выполнением аргоноплазменной коагуляции краёв раны после удаления по частям стелющихся образований ободочной кишки.

**Выводы.**

Несмотря на небольшое количество пролеченных больных, считаем, что аргоно – плазменная коагуляция является эффективным методом профилактики рецидивов после мукоэктомии по частям стелющихся образований ободочной кишки типа LST при отсутствии инвазии в подслизистый слой.

**Литература:**

1. Kudo S. Endoscopic mucosal resection of flat and depressed types of early colorectal cancer. *Endoscopy*. – 1993. – Vol. 25, № 7. – P. 455-461.
2. Kudo S., Kashida H., Tamura T. et al. Colonoscopic diagnosis and management of non-polypoid early colorectal cancer // *World J. Surg.* – 2000. – № 24. – P. 1081-1090.
3. Muto T., Kamiya J., Sawada T. et al. Small «flat» adenoma of the large bowel with special reference to its clinicopathological feature // *Dis. Colon Rectum*. – 1985. – № 28. – P. 857-861.
4. Soetikno RM., Kaltenbach T, Rouse RV et al. Prevalence of nonpolypoid (flat and depressed) colorectal neoplasms in asymptomatic and symptomatic adults // *JAMA*. – 2008. – Vol. 5, №299. – P. 1027-1035.

### **УДАЛЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА В УСЛОВИЯХ ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ И УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИИ**

*И.Г. Захматов, О.В. Могучая, В.В. Щедренко*

РНИНХИ им. проф. А.А. Поленова, г. Санкт-Петербург

E-mail автора: igz@bk.ru

Цель исследования – оценить радикальность операций и качество жизни пациентов с первичными опухолями головного мозга, оперированных с использованием флуорес-

центной и ультразвуковой навигации при операции.

**Материал и методы.**

Проведен анализ данных комплексного обследования 18 пациентов с первичными опухолями головного мозга и анаплазией 1-2 степени (n=6) и 3-4 степени (n=12). Во время операции у всех 18 больных (основная группа) была использована интраоперационная ультразвуковая навигация (аппарат Logic book фирмы GE) в сочетании с флуоресцентной навигацией (модуль Blue-400 операционного микроскопа фирмы Karl Zeiss «Pentero», контрастирующий препарат 5-аминолевулиновая кислота). Контрольную группу составили 60 архивных наблюдений с глиальными опухолями и анаплазией 1-2 степени (n=20) и 3-4 степени (n=40), оперированных той же операционной бригадой без использования интраоперационной навигации. Оценивали разницу после- и дооперационного статуса по шкале Карновского. Радикальность удаления новообразования определяли как отношение (в %) удаленной части опухоли к дооперационному ее объему (расчет внутримозгового объемного образования по формуле Эриксона) по данным контрольного СКТ-исследования с контрастированием, которое выполняли, как правило, в первые 48 часов после операции.

**Результаты и обсуждение.**

Средняя разница после- и дооперационного статуса по шкале Карновского в основной группе составила  $+28 \pm 21$  баллов (в том числе при низкой степени анаплазии  $+15 \pm 9$  баллов, при высокой степени анаплазии  $+36 \pm 28$  баллов). Эти же показатели в контрольной группе составили соответственно  $+12 \pm 15$  баллов ( $-12 \pm 18$  баллов и  $+14 \pm 19$  баллов). Разница показателей в основной и контрольной группах наиболее различалась при доброкачественных глиомах ( $p < 0,001$ ). При злокачественных опухолях, как и в целом по выборке, коэффициент достоверности составил  $p < 0,05$ , что свидетельствовало о более высоком качестве жизни пациентов в случае применения интраоперационной ультразвуковой и флуоресцентной навигации. Это объясняется более точной дифференцировкой ткани опухоли во время операции, что способствует сохранению функционально значимых зон мозга.

Средняя радикальность удаления опухоли в основной группе составила  $89,4 \pm 11,2\%$  (в том числе при высокой анаплазии  $75,6 \pm 22,1\%$ , при низкой анаплазии  $94,4 \pm 5,6\%$ ). Эти же показатели в контрольной группе составили соответст-