

Полученные данные свидетельствуют об удовлетворительной переносимости больными раком кардиального отдела желудка курсов предоперационной гамма-терапии по схеме ИКК. Отмеченные лучевые реакции - $42,9 \pm 7,6\%$ от общего числа наблюдений, преобладание реакций легкой степени – не привели к необходимости прекращения облучения ни у одного из пациентов.

В ходе гистологического исследования операционного материала в $94,8 \pm 3,6\%$ случаев отмечены признаки лучевого патоморфоза, преимущественно I степени. В то же время, нужно отметить, что сжатые сроки комбинированного лечения рака кардии в данной модификации не позволяют в полной мере проявиться морфологическим признакам лучевого повреждения опухолевых клеток (Локтионова О.В., 2009).

Использованная в нашей работе схема интенсивно-концентрированного курса лучевого воздействия рассчитана на 5 суток и не отдаляет сроки выполнения оперативного вмешательства. В подавляющем большинстве случаев хирургический этап может быть выполнен в день завершения лучевой терапии.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ В ТЮМЕНСКОМ ООД

Н.С. Райков, О.В. Сбродов, И.Н. Попов, А.Н. Rogovskikh, А.Р. Хабибова

Тюменский ООД

На меланому приходится приблизительно 10% всех злокачественных новообразований кожи. Заболеваемость в РФ составляет 4 на 100000 населения, в Тюменской области 3,5 на 100000 населения. К моменту начала лечения 75% больных имеют распространенный процесс; пятилетняя выживаемость не превышает 30%. Стандартизованный показатель смертности превышает 1,4 на 100000 населения. По Тюменской области этот показатель составляет 1,44. Летальность в течение 1 года после подтверждения диагноза достигает 14,1%.

По данным канцер-регистра на учете в ТО-ОД на начало 2010 г. состояло 446 больных: женщин – 325, мужчин – 121. Хотя меланомы относятся к числу визуальных локализаций, диагностику ее нельзя считать удовлетворительной, так под местной анестезией удалено меланом в 10,15% случаев. В 92,4% меланомы локализовались на коже конечностей, туловища и лица. У каждого десятого больного меланомы выявляют в IV стадии, несмотря на визуальную доступность

опухоли. Пятилетняя выживаемость составила 30%, десятилетняя – 8,1%.

Если взять пятилетнюю выживаемость, то она выглядит следующими образом: II ст. - 36,7%, III ст. - 26,9%, IV ст. - 17,9%, V ст. - 10,7%. Десятилетняя выживаемость распределилась так: II ст. - 33,4%, III ст. - 16,8%, IV ст. - 10,4%, V ст. - 8,3%. Одногодичная летальность: I ст. - 3,08%, II ст. - 6,17%, III ст. - 13,5%, IV ст. - 77,1%.

Прогностическими показателями являются глубина инвазии по Кларку и толщина опухоли по Бреслау, по данным ТООД это процентное соотношение выглядит так: I ст. - 11,3%, II ст. - 21,4%, III ст. - 23%, IV-V ст. - 44,2%.

Предпочтительными методами лечения является хирургический, но его необходимо сочетать с другими методами лечения, так в ТООД виды лечения распределились следующим образом: хирургический - 18,1%, хирургический + лучевой - 56,9%, хирургический + химиотерапевтический - 6,3%, химиотерапевтический - 5,8%, лучевой - 4,8%, симптоматическое лечение 8,1% случаев.

Таким образом, для улучшения отдаленных результатов лечения необходимо повышать выявляемость ранних меланом, путем проведения осмотра кожных покровов на профосмотрах, при обращении с жалобами на изменение пигментных невусов - направлять к онкологу: при активизации невусов иссекать его с обязательным гистологическим исследованием; невусы, расположенные в местах травматизации, удалять; использовать УЗИ для оценки толщины опухоли и наличия mts в региональные л/у, для проведения, так называемой, профилактической ЛДЭ; все меланомы с III ст. инвазии и выше, проводить адъювантную химиотерапию независимо от наличия или отсутствия метастазов в регионарные лимфоузлы.

GIST ОПУХОЛИ В ПРАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ТЮМЕНСКОГО ОНКОДИСПАНСЕРА

Н.С. Райков, Е.М. Франк, О.В. Сбродов

Тюменский ООД

Термин GIST (gastrointestinalstromatumor) предложен в 1983 г. М. Mazur и Н. Clark для описания лейомиом и лейомиосарком, имеющих признаки гладкомышечной и нейрогенной дифференцировки. GIST как самостоятельная нозологическая единица появился с открытием мутации в гене c-kit, активирующей митотическую активность и пролиферацию клеток, в мезенхи-

мальных и нейрогенных опухолях, экспрессирующих маркер CD-117. Встречаемость стромальных опухолей ЖКТ – 10–20 случаев на 1 млн населения в год. Таким образом, в Тюмени и на юге Тюменской области должно выявляться около 40 случаев заболевания в год.

По данным различных исследователей наиболее часто опухоли встречаются в желудке (60–70%) и тонкой кишке (25–35%). Средний возраст составляет 55–60 лет. Клиническая картина стромальных опухолей не имеет специфических симптомов. Свыше 90% стромальных опухолей являются злокачественными. В настоящее время терапией первой линии локальных форм GIST является хирургическая резекция, однако медиана выживаемости при использовании только этого метода составляет всего 5 лет даже при условии полной резекции опухоли. В 2000 г. в клиническую практику для лечения метастатических форм GIST был внедрен таргетный препарат иматиниб (Гливек). С 2010 г. в России, как и в других странах, Глибек назначается в качестве адъювантной терапии при GIST высокого риска.

В Тюменском онкологическом диспансере клинически и иммуногистохимически GIST выявляются с 2006 года. За 4 года в хирургическом отделении №1 оперированы с диагнозом GIST 23 пациента, из них 6 мужчин и 17 женщин. Средний возраст пациентов составил 56 лет, от 41 до 78 лет. У 22 из 23 пациентов отмечались симптомы опухоли. Наиболее часто пациенты предъявляли жалобы на боли и дискомфорт в животе, у 8 пациентов первоначально выявлена анемия. У 5 пациентов в анамнезе были злокачественные опухоли других локализаций: яичников в 2 случаях, тела матки, кожи, гортани.

У 17 пациентов опухоль локализовалась в желудке, средний размер 5,5 см, от 1 до 11 см. 12 пациентам выполнены субтотальные резекции желудка, из них 7 дистальных и 5 проксимальных. 5 пациентам согласно стандарту хирургического лечения GIST до 5 см выполнены атипичные резекции желудка.

У 2 пациентов опухоль размером 4 см располагалась внеорганно (позади ДПК и в малом тазу), выполнено удаление опухолей. По одному случаю оперированы опухоли подвздошной кишки диаметром 10 см, пищевода размером 4 см, большого дуоденального сосочка (БДС) – 5 см, выполнены резекции.

У 1 пациента опухоль размером 15 см исходила из хвоста поджелудочной железы. В доступной литературе описаны только 2 случая GIST поджелудочной железы, при этом меньших размеров. Пациент оперирован 21.10.2008 г. в возрасте 62 лет, выполнена резекция хвоста поджелудочной железы. В настоящее время па-

циент проходит динамическое наблюдение, признаков прогрессирования нет.

У 22 пациентов на момент операции метастазы отсутствовали. У 1 пациента с GIST, расположенной в антральном отделе желудка имелся одиночный метастаз на висцеральной брюшине размером 2 мм. Показательно, что данный пациент наблюдался с лейомиомой желудка в течение 11 лет. За время наблюдения образование увеличилось с 1,5 до 7 см, появился метастаз (выявлен на операции). В 2007 году с развитием понимания злокачественности данных опухолей пациент оперирован.

Ни один из 23 пациентов не получал адъювантной химиотерапии или таргетной терапии. Прогрессия опухоли (метастазы в печень) наступила у 1 пациентки с опухолью БДС через 22 месяца после операции, которая впоследствии получала таргетную терапию Гливеком.

Врачами отделения проводится активное наблюдение всех оперированных пациентов.

В 2011 году планируется внедрение в работу отделения классификации TNM 7 пересмотра (2010), в которую впервые включены GIST. Это нововведение будет способствовать более точному стадированию и определению прогноза GIST, целесообразному назначению адъювантной таргетной терапии.

РАК ПРЯМОЙ КИШКИ

*Н.С. Райков, Р.Н. Чупин, И.Н. Попов,
О.В. Сбродов, А.В. Дорогина, А.Н. Rogovskikh*

Тюменский ООД

Рак прямой кишки — распространенное заболевание и составляет 4–6% всех злокачественных опухолей человека. Во всем мире отмечается рост заболеваемости раком прямой кишки наиболее выраженный в экономически развитых странах.

Как и для большинства локализаций злокачественных опухолей, точные причины возникновения рака прямой кишки точно не известны. Важное значение имеет характер питания, который влияет на скорость продвижения каловых масс, их объем, содержание, бактериальную флору и периодичность стула. Специально проведенные исследования показали, что «западный» тип диеты, в которой преобладают большое количество свежих фруктов и высококалорийных жиров, легкоусвояемых продуктов, приводит к замедлению продвижения содержимого по кишечнику. При этом вещества, вызывающие опухоль, которые могут входить в состав пищи или