

(10%), гнойно-воспалительные осложнения (15%), недержание мочи (2%).

Проблема эффективного лечения, сочетающего в комплексном подходе применение локальной трансуретральной гипертермии в мировой литературе освещена не достаточно полно и остается не изученной, что и послужило основанием для проведения, данного исследования.

Цель и задачи: определить влияние трансуретральной термордиомодификации лучевого лечения рака предстательной железы на частоту возникновения лучевых реакций и осложнений, выявить непосредственные реакции и осложнения гипертермии, оптимизировать существующие режимы лечения.

Материалы и методы.

В ЧОКОД лечение больных раком предстательной железы методом термордиомодификации выполняется с 2000 года. С целью термомодификации применяется локальная трансуретральная гипертермия с использованием аппарата радиоволновой термотерапии опухолей предстательной железы «Радиотерм-Ч». Работа аппарата основана на локальном разогреве биологических влагонасыщенных тканей энергией переменного электромагнитного поля, создаваемого термальным и согласующим электродами. При проведении СПЛИТ- курса ДГТ гипертермию начинают по достижении СОД=12 Гр. На первом этапе лечения гипертермию проводят в 4,6,9, 11,14 дни лучевого лечения. Сеанс гипертермии длится 60 минут, на втором этапе проводят трансуретральную гипертермию после двухнедельного перерыва. ДГТ проводят по 2 Гр до СОД= 68-70 Гр. Описанным методом за период с 2000 по 2009 год пролечен 101 пациент, получены ближайшие и отдаленные результаты, сопоставимые с данными мировой литературы.

Результаты и обсуждение.

В процессе лечения у большинства пациентов (87,13%) имели место такие побочные явления как дизурия и незначительная уретроррагия. Они носили временный характер, и, как правило, не требовали дополнительного лечения, купировались самостоятельно. Выполнение эпицистостомии в связи с острой задержкой мочеиспускания потребовалось 2 (1,98%) пациентам.

Выводы: применение локальной трансуретральной гипертермии в качестве радиомодифицирующего фактора при лучевом лечении больных раком предстательной железы не увеличивает частоту лучевых реакций и осложнений, непосредственные реакции на проведение трансуретральной гипертермии являются кратковременными и позволяют продолжить лечение.

В ходе исследования планируется дополнить выборку пациентов с приведением непосред-

ственных результатов лечения, изучить отдаленные результаты трансуретральной гипертермии, спектр отдаленных осложнений термордиомодификации лучевого лечения рака предстательной железы. Для сравнения будут использованы как клинические, так и лабораторно-инструментальные данные.

ГОДИЧНАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ МЕТАСТАЗОВ В ПЕЧЕНЬ

Р.Ш. Ишмуратова

ЦНИЛ Башкирского ГМУ, г. Уфа

В клинике онкологии Башкирского ГМУ в течение последних лет (2004-2010) проводятся активные исследования, связанные с внедрением новых технологий в лечение метастазов при раке органов пищеварения. Радиочастотная термоабляция метастазов в печень находит широкое применение в практической онкологии. Первые исследования по воздействию радиочастотного излучения (РЧИ) на живую ткань провел d'Arsonval в 1891 г. Им было доказано, что прохождение радиочастотных волн через ткань вызывает местное повышение температуры. Отличительным моментом было то, что при этом не происходит нервно-мышечного возбуждения. Физический смысл воздействия радиочастотного излучения в том, что электромагнитный поток, проходя через биологические ткани, вызывает возбуждение ионов, которые приходят в движение и разогревают окружающие ткани. Температура, превышающая 110 градусов, приводит к закипанию либо обугливанию ткани с образованием пузырьков газа.

Цель исследования: изучить годовую выживаемость больных с метастазами в печень после радиочастотной аблации.

Материал и методы.

При радиочастотной деструкции необходимо создать сферическую зону некроза. Это достигается путем увеличения поверхности излучения при использовании специальных многоэлектродных зондов.

Нами использовалась аппаратура компании RITA Medical Systems, которая производит аппараты мощностью до 150 Вт и игольчатые зонды диаметром 14-15G типа «Star Burst», содержащие зонды с четырьмя электродами в виде крючков (с диаметром раскрытия от 2 до 5 см). Электроды имеют термопары, что позволяет контролировать

температуру в метастатическом очаге в реальном масштабе времени. В тех случаях, когда диаметр узла превышает возможную зону некроза, применяют специальные методики перекрывающихся полей.

Результаты и обсуждение.

Для оценки эффективности РЧА при лечении метастатического поражения печени с использованием генератора RITA SYSTEM 1500X нами исследованы показатели годичной выживаемости у 45 больных с новообразованиями желудка и толстой кишки. Эти пациенты в послеоперационном периоде получили от 2 до 6 курсов системной и регионарной химиотерапии.

В основном РЧА метастазов в печень проводилась пациентам с опухолями прямой кишки (74% случаев), что связано с относительно медленным развитием данной патологии, излюбленной локализацией метастазов в печени и чувствительности опухоли к химиотерапии, замедляющей прогрессирование опухоли. РЧА при метастазах рака ободочной кишки выполнялась в 14% случаев, в 7% случаев – при раке желудка. РЧА выполнялась либо во время операции по поводу первичной опухоли, либо отсрочено из лапаротомного доступа. Всего обработано 72 метастатических узла. Размеры метастазов варьировали от 1,5 до 8 см. Процедура абляции выполнялась под интраоперационным УЗИ-контролем. Осмотр производился на “открытой” печени, непосредственно в операционной ране. Осложнений при выполнении процедуры не было. За время до 12 месяцев, умерло 3 человека. В одном случае абляция была выполнена частичная и рассчитывать на благоприятный исход не приходилось, в 2 других, доминировали другие проявления рака (канцероматоз, метастазы в другие органы). Прогрессирование других очагов в печени отмечено у 3 пациентов, им проводилась регионарная внутриартериальная химиотерапия.

Таким образом, можно констатировать, что метод РЧА метастазов обладает высокой лечебной эффективностью, при отсутствии осложнений. Эффект терапии метастазов повышается при использовании химиотерапии и регионарной внутриартериальной химиотерапии.

Выводы:

1. РЧА является высокоэффективным методом воздействия на метастазы печени при раке желудка и толстой кишки.
2. Годичная выживаемость у этой категории больных достигает 90%.

МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫЙ РАК ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА – АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

В.В. Кутуков, А.В. Служко, В.В. Севостьянов

Астраханская ГМА

Областной онкологический диспансер, г. Астрахань

Несмотря на широкое внедрение в практику современных методов диагностики рака толстого кишечника, в настоящее время возрастает частота его распространенных форм. В связи с этим в онкохирургии наметилась тенденция к широкому применению комбинированных хирургических вмешательств при местном распространении опухоли толстой кишки. Серьезными аргументами в пользу подобных вмешательств являются низкая послеоперационная летальность, существенное продление жизни пациентов и улучшение ее качества. Достижения хирургии и реанимационно-анестезиологического обеспечения позволяют выполнять комбинированные резекции.

Цель исследования: улучшить результаты лечения местнораспространенного рака толстого кишечника путем дифференцированного подхода к выбору объема операции при данной патологии.

Материалы и методы.

Нами изучены результаты лечения 209 больных с местнораспространенными формами рака толстой кишки. Больные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 133 пациента, контрольную - 76 больных. В основной группе у 98 пациентов осложнения рака толстой кишки сочетались с местным распространением опухоли, в контрольной – у 52 больных.

Среди пациентов с местнораспространенными формами рака толстого кишечника чаще встречались лица мужского пола: в основной группе – 58,6% (78 больных), в контрольной группе – 61,9% (47 пациентов). Местное распространение опухоли чаще наблюдалось при локализации опухоли в сигмовидной кишке и ректосигмоидном отделе кишечника: в основной группе в 40,9% (54 случая), в контрольной группе в 46,2% (35 наблюдений). У 133 больных с местным распространением опухоли в основной группе расширенные комбинированные резекции произведены в 79 (59,4%) наблюдениях: первичный толстокишечный анастомоз сформирован у 62 пациентов (78,5%), обструктивная резекция толстого кишечника выполнена в 17 случаях (21,5%). Симптоматические вмешательства у данной группы больных выполнены у 54 (40,6%) пациентов: формирование обходного анастомоза – 28 (51,9%), выведение колостомы – 22 (40,7%), наложение илеостомы – 4 (7,4%).

К выполнению расширенных комбинированных резекций при местнораспространенном раке толстой кишки был дифференцированный подход