

метастазов составил от 1 до 12 мес. Одному пациенту проведено 2 сеанса электрохимической абляции по поводу гепатоцеллюлярного рака. Электрохимический лизис проводился чрескожным доступом под УЗИ-контролем (n=4), у 4 пациентов лечение проведено интраоперационно (n=4). После морфологической верификации метастазов проводили сеансы электрохимического лизиса, сила применяемого тока подбиралась аппаратом автоматически на основании полученных им после введения в очаг электродов данных электрорезистентности тканей и варьировала в диапазоне 240–260 мА (n=8), длительность составляла 30 мин. Применялся аппарат ECU-300 фирмы «Soring» (Германия). Выполнялись чрескожные введения монополярных платиновых электродов диаметром 2 мм. Для оценки достижения эффекта процедуры применялась биопсия очага с нескольких точек, которая производилась сразу же после лизиса и через 5 дней после лечения. Цитологическая и гистологическая оценка проводилась с учетом степени патоморфоза опухоли.

Результаты. Применялись две группы оценочных критериев: цитологический и ультразвуковой во время сеансов, через 1 сут, 5 сут и 30 сут. При динамическом ультразвуковом сканировании у всех пациентов отмечалось по-

явление пузырьков газа в виде усиления эхогенности по ходу сосудов в проекции очага после электрохимического лизиса, исчезающих в течение 5–7 сут. При ультразвуковом мониторинге границы остаточного очага нечеткие, структура его неоднородная, эхогенность по сравнению с исходным состоянием снижена. В последующем при динамическом сканировании в очагах отмечалась картина склероза (повышение эхогенности, неоднородность структуры и т.п.)

Положительный ответ на лечение наблюдался у 5 пациентов (n=1) с размером очагов до 50 мм, в зоне электрохимического лизиса роста новых фокусов метастазов не выявлено в течение всего срока наблюдения (6 мес). Стабилизация процесса отмечалась у 1 пациента (n=1), прогрессирование – у 1 пациента (n=1), которое в виде роста опухолевой ткани вне зоны лизиса и появления новых фокусов поражения в других сегментах печени. У пациента с гепатоцеллюлярным раком после абляции опухоль продолжала расти и привела к летальному исходу в течение 1 мес (исходно размер узла в правой доле печени составлял 120 мм в диаметре).

Выводы. Электрохимический лизис оказался эффективен при метастазах размерами до 50 мм, с режимом: I=250 мА и t=30 мин, что подтверждено КТ и УЗИ-мониторингом.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОЧКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ВЕНОЗНОЙ ИНВАЗИЕЙ

В.В. ДВОРНИЧЕНКО, О.В. БАКЛАНОВА, Р.И. РАСУЛОВ

ГУЗ «Иркутский областной онкологический диспансер»

Актуальность. Рак почки (РП) является важной проблемой здравоохранения. В структуре заболеваемости злокачественными опухолями в ряде стран мира выходит на десятое место и составляет 3 % от всех злокачественных опухолей у взрослого населения планеты. Ежегодный прирост заболеваемости ПКР составляет 4–5 % (Давыдов М.И., 2005) и коррелирует с увеличением количества инцидентальных (бессимптомных) опухолей, выявление которых стало возможным в связи с широким внедрением современных лучевых методов дооперационной визуализации (УЗИ, КТ, МРТ) (Трапезникова М.Ф.,

2004). Комбинированный подход в лечении больных раком почки с расширением объема хирургического вмешательства с подключением медикаментозной противоопухолевой терапии позволяет существенно улучшить прогноз, увеличить продолжительность и качество жизни этой категории пациентов. Многолетние поиски консервативных методов лечения злокачественных новообразований не принесли реальных результатов. Единственным радикальным способом лечения остается хирургический.

Рак почки имеет тенденцию к формированию опухолевых тромбов с распространением

последних по почечной вене и НПВ вплоть до правого предсердия. Венозная инвазия встречается у 4–10 % больных, у 60 % которых тромб распространяется выше устьев печеночных вен. Уровень распространения опухолевого тромба достоверно не влияет на прогноз. Следовательно, активный хирургический подход к больным с опухолевым тромбозом НПВ является эффективным методом лечения, а радикальное удаление тромба любой протяженности дает шанс на выздоровление большинству больных.

Цель исследования. Повысить эффективность хирургического лечения местнораспространенного рака почки.

Материал и методы. Для решения поставленных задач было проведено наблюдение 284 больных с раком почки в возрасте от 27 до 74 лет, в зависимости от локализации опухолевого процесса, от TNM и стадии опухолевого процесса, от вида опухолевой инвазии, от метастатического поражения, от объема оперативного пособия и изучен архивный материал с РП. За период 1996–2007 гг. в диспансере находилось на лечении 89 больных раком почки, осложненным венозной инвазией. Из них 46 мужчин и 43 женщины. Средний возраст составил $58,4 \pm 1,16$ года. В 83 (90,5 %) наблюдениях диагностирован рак правой почки и в 6 (9,5 %) – рак левой почки. Во время операции установлено, что в 32 (33,3 %) наблюдениях имеется рост опухоли в стенку нижней полой вены и в 67 (66,7 %) – наличие венозной инвазии с распространением опухолевого тромба в просвет нижней полой вены.

Паллиативная нефрэктомия включала удаление почки без регионарной лимфодиссекции и с оставлением опухолевого тромба в про-

свете нижней полой вены. Радикальная схема комплексного лечения больных раком почки с опухолевым поражением НПВ включала радикальную операцию и иммунотерапию в адьювантном режиме. При наличии N_{1-2} к лечению добавляли лучевую терапию в режиме динамического фракционирования до 44–50 Gy. Радикальный объем операции представлен удалением почки, регионарной лимфодиссекцией, краевой либо сегментарной резекцией нижней полой вены и тромбэктомией.

Результаты. В 16 (14,3 %) наблюдениях в связи с распространенностью опухолевого процесса операция завершена пробной лапаротомией, в 18 (15,9 %) – паллиативная нефрэктомия и в 55 (69,8 %) – радикальный объем оперативного вмешательства. В 24 (29,5 %) наблюдениях выполнена нефрэктомия и краевая резекция нижней полой вены, в 59 (68,2 %) – нефрэктомия, краевая резекция нижней полой вены и тромбэктомия. Непрерывность венозной магистрали в 87 (97 %) наблюдениях восстановлена краевым сосудистым швом и в 2 (3 %) случаях выполнено аллопротезирование нижней полой вены. Проведенный анализ показал, что отдаленная выживаемость больных раком почки, осложненного венозной инвазией при проведении комплексного лечения, включая комбинированные операции, составила: однолетняя – 70 %, двухлетняя – 62,6 %, трехлетняя – 53 %, максимальная продолжительность жизни – 65 мес.

Выводы. Рак почки, осложненный венозной инвазией, подлежит активному хирургическому лечению с иммунотерапией в адьювантном режиме.

МУТАЦИИ ГЕНА *TP53* ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С КЛИНИКО-ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Е.В. ДЕНИСОВ, Е.А. МАЛИНОВСКАЯ, Е.Ю. ГАРБУКОВ, Н.Н. БАБЫШКИНА,
С.В. ВТОРУШИН, С.А. ГЛУЩЕНКО, Н.В. ЛИТВЯКОВ

ГУ «НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН»

Актуальность. Ген *TP53*, являясь своего рода «молекулярным полисменом», поддерживает

целостность генома путем запуска взаимосвязанных процессов контроля состояния ДНК. Потеря