

К ВОПРОСУ РАКА ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

А.А. МЕЛЬНИКОВ, Н.А. САТЫР

*ГОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск
Амурский областной онкологический диспансер, г. Благовещенск*

Актуальность. В настоящее время возникла новая проблема, порожденная хирургией, – проблема рака оперированного желудка. Начиная с 10-летнего периода после резекции желудка, нарастает частота рака оперированного желудка у лиц, перенесших в прошлом резекцию желудка по поводу как рака, так и язв различной локализации. Основным методом лечения рака оперированного желудка следует считать хирургический – экстирпацию культи желудка, резекцию пищеводно-кишечного и пищеводно-желудочного анастомозов.

Цель исследования. Анализ опыта выбора лечебной тактики и проведение сравнительной оценки отдаленных результатов лечения пациентов с рецидивом рака желудка (РРЖ) и раком культи желудка (РКЖ).

Материал и методы. С целью изучения лечебной тактики и отдаленных результатов лечения 24 пациентов с РРЖ и РКЖ проводилась выборка по районам Амурской области учетных форм, находящихся в организационно-методическом кабинете ГЛПУ Амурского областного онкологического диспансера и изучение первичной медицинской документации.

Результаты. РРЖ в подавляющем большинстве проявлялся дисфагией, болями, в 6 случаях заболевание выявлено при контрольном эндоскопическом исследовании. Средний возраст пациентов с РРЖ – 68,2 года (14 чел.). Для сравнения средний возраст больных с РКЖ – 56,9 года (10 чел.). В 50 % случаев РРЖ возникал при III стадии заболевания, в 35,7 % при II стадии, в 7,1 % при I стадии. РКЖ был определен как III стадия у 30 % пациентов, реже (20 %) как II и IV стадия и в 10 % случаев как I стадия. В 42,8 % случаев рецидив РЖ подтвержден цитологически (аденокарциномы различной степени дифференцировки, «клетки рака» и недифференцированный рак). При раке культи желудка цитологическое

заключение дано только в 30 %. По данным морфологического исследования рецидивного РЖ преобладал диффузно-инфильтративный и язвенно-инфильтративный характер роста опухоли. Аденокарцинома выявлена у 3 больных, недифференцированный рак у 2, перстневидноклеточный рак у 1. В случаях рака культи желудка преобладали низкодифференцированные аденокарциномы. В ГЛПУ Амурской области по поводу внутриорганный рецидива РЖ получили лечение 14 больных, из них после субтотальной резекции желудка по Бильрот-I – 8; по Бильрот-II – 4; гастрэктомии – 2. Выполнены 4 экстирпации культи желудка, 1 гастрэктомия, 3 пациента получили от 1 до 8 циклов химиотерапии, симптоматическое лечение – 4; и отказались от предложенного лечения – 2. Рецидив РЖ развился после гастрэктомии в срок 2–6 лет, после субтотальной резекции по Бильрот-I в срок менее 1 года у 1 пациента, от 1 до 3 лет у 3 (в одном случае имел место отдаленный метастаз в Вирховскую железу), через 3 года – у 4 пациентов. Максимальный срок развития рецидива РЖ составил 36 лет. После субтотальной резекции желудка по Бильрот-II рецидив РЖ развился в сроки до 2 лет – у 2, по одному случаю – до 3 и 4 лет. При поздних (более 2 лет) рецидивах РЖ оперативное лечение (экстирпацию ПКА, культи желудка) удавалось выполнить чаще, чем при ранних рецидивах. При раке культи желудка в 2 случаях отмечена диссеминация опухолевого процесса (метастазы в печень). И только в одном случае рака культи желудка стало возможно комбинированное лечение (экстирпация культи желудка+ПХТ). Из 24 больных, прослеженных после лечения по поводу рецидива и рака культи желудка, более 5 лет прожили 15. Летальность при рецидиве РЖ составила 35 %, при раке культи желудка – 30 %, хирургическая активность при раке культи желудка составила 10 %, а при рецидиве – 35,7 %.

Выводы. Рецидивы рака в оставшейся части желудка чаще всего являются следствием недостаточно высокого уровня резекции из-за недоучета особенностей распространения рака по желудочной стенке за пределы видимой опухоли. Наиболее частой локализацией раннего рецидива РЖ является зона анастомоза, в случае позднего рецидива чаще всего поражаются остаток малой кривизны или кардиальный отдел оставшейся части желудка. Высокий показатель резектабельности рецидивного РЖ отмечен

после резекции желудка по Бильрот-II с передиободочным анастомозом на длинной петле. Наиболее неблагоприятный прогноз имели больные после гастрэктомии, что объясняется изначально более злокачественным течением опухолевого процесса. Проведенное исследование убедительно доказывает необходимость активной профилактики злокачественных новообразований и лечебной тактики при лечении больных с РРЖ и РКЖ.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ТОЧНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.Б. МИРОНОВ

*ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер», г. Кемерово
ГУ «НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН»*

Актуальность. По данным ВОЗ, около 10 % населения Земли имеют очаговые поражения щитовидной железы (ЩЖ). При пальпации узловые образования ЩЖ можно выявить в 5 % случаев, а при УЗИ – почти в 10 раз чаще. Образования размером до 1 см пальпаторно не определяются и протекают, как правило, бессимптомно. Анализ литературы говорит о том, что 5 % выявленных узлов – злокачественные опухоли. От 6 до 35 % всех объемных образований, удаленных во время операций, составляют кисты и аденомы ЩЖ. От правильной диагностической тактики зависят предполагаемый объем и материальные затраты на оказание лечебной помощи. При этом важна рациональная последовательность выполнения исследования от простых и малозатратных к более сложным и менее доступным. Из довольно большого количества методик, позволяющих исследовать ЩЖ и патологические процессы в ней, на первое место по доступности и информативности выходит ультразвуковое исследование. Совершенствование ультразвуковой аппаратуры и появление новых ультразвуковых методик указывают на целесообразность исследования возможностей современных ультразвуковых

технологий в решении проблемы диагностики узловых образований ЩЖ. До сих пор нет абсолютно достоверных ультразвуковых признаков доброкачественности или злокачественности образований щитовидной железы. Разные по морфологии и природе образования могут иметь сходную ультразвуковую картину, отличаясь лишь по некоторым параметрам. Поэтому становится важным использование комплекса современных ультразвуковых методик для повышения точности дифференциальной диагностики узловых образований щитовидной железы.

Цель исследования. Изучить возможности комплекса современных технологий УЗИ и малоинвазивных вмешательств под контролем УЗИ в дифференциальной диагностике узловых образований ЩЖ.

Материал и методы. УЗИ производили на аппаратах SonoAce 9900 (фирма Medison Южная Корея) с использованием мультисекторного линейного датчика 7–11 МГц в В-режиме, ЦДК и ЭДК, с использованием импульсно-волнового доплера, тканевой гармоник, трехмерной реконструкции изображения и выполнения тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем эхографии. Комплексное УЗИ в