

скана 3 мм; для опухолей других локализаций шаг сканирования 5 мм, и толщиной скана 5 мм.

4. Объемы облучения:

– GTV (Gross Tumor Volume) – большой объем опухоли (включает видимую опухоль);

– CTV (Clinical Target Volume) – клинический объем мишени (включает GTV, предполагаемое субклиническое распространение опухоли и регионарные лимфоузлы);

– PTV (Planning Target Volume) – включает CTV и окружающие ткани с поправкой на вариации в размере, форме и положении относительно лечебных пучков;

– TV (Treated Volume) – определяется как объем, ограниченный изодозной кривой, выбранной лучевым терапевтом как наиболее подходящей для достижения цели лечения. В идеале TV должен быть идентичным PTV;

– IV (Irradiated Volume) – объем тканей, к которому подводится доза, обладающая возможностью оказать влияние на толерантность нормальных тканей.

5. Назначение дозы и анализ плана лучевой терапии: производится в зависимости от цели облучения, локализации опухоли.

6. Критерии оптимизации: однородность дозы в мишени, например, в 95% объема PTV СД=100% предписанной, при этом в 99% объема PTV СД=93% предписанной, но не более чем в 10% PTV СД=110% предписанной, при этом в 5% PTV СД = 114% предписанной.

7. Органы риска: необходимо выделить все органы риска (OR), находящиеся в объеме облучения, к которому подводится доза, обладающая возможностью оказать влияние на толерантность этих тканей, и привести к развитию лучевых реакций, как острых, так и хронических.

8. Анализ плана лучевой терапии. Количественный анализ и качественный анализ выбранного плана осуществляется при помощи оценки гистограмм. Порог DVH – доза при превышении которой неизбежны клинически значимые функциональные нарушения. Необходимо учитывать, что при IMRT, за счет особенностей методики, объем облучаемых тканей (IV–irradiated volume) больше, чем при конвенциональной и конформной ЛТ. Это может изменять характер и степень острых лучевых реакций, особенно при химиолучевой терапии, с использованием препаратов обладающих радиосенсибилизацией.

9. Симуляция и выполнение процедуры лучевой терапии. Симуляция обязательна. Целью симуляции является маркировка проекции изоцентра.

10. Дозиметрический контроль. Процедура облучения выполняется после обязательной верификации плана IMRT с использованием специального фантома.

11. Выполнения процедуры облучения. Первая укладка в обязательном порядке выполняется врачом-радиотерапевтом, совместно с медицинским персоналом лечебного аппарата.

12. XVI (Cone Beam CT на лечебном столе аппарата). Ежедневная процедура IMRT выполняется только после XVI. Процедура выполняется первые 3-5 укладок процедур IMRT. После чего выполняется окончательная коррекция положения изоцентра. В дальнейшем XVI выполняется по предписанию врача.

13. Наблюдение больного, отчет о лучевой терапии и документация. Контрольный осмотр для оценки непосредственного эффекта лечения через 6–8 недель. В первые шесть месяцев осмотр ежемесячно. В последующий год осмотр через 3 месяца. Затем раз в 6-ть месяцев в течение пяти лет после завершения лечения. При осмотре должны быть обязательно указана степень поздних лучевых эффектов и качество жизни больного.

Использование данной методики позволяет добиться лучшей, по сравнению с 3D конформной и конвенциональной лучевой терапией, однородности дозного распределения в облучаемом объеме, а также снизить нагрузку на здоровые органы и ткани, тем самым улучшить эффективность лучевого лечения и повысить качество жизни больных, получающих лучевую терапию.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПУХОЛИ ПОЧКИ В ГБУЗ ТО ООД

*А.В. Лыков, А.В. Купчин, А.А. Кельн,
М.А. Сальников, А.С. Петросян,
А.В. Вайрадян, А.В. Лебедев*

Тюменский ООД, г. Тюмень

E-mail авторов: Lykov_av@mail.ru

В настоящее время эндоскопические и лапароскопические методы операций становятся стандартом лечения многих заболеваний, при которых раньше требовалось более агрессивное открытое вмешательство. Преимущества лапароскопических операций перед открытыми – меньшая частота инфекционно-воспалительных

осложнений, болевого синдрома, меньшая травматизация тканей, короткий реабилитационный послеоперационный период.

Лапароскопическая нефрэктомия показана при раке почки I-II стадии без метастазов в регионарные лимфатические узлы. Несмотря на одинаковые отдалённые онкологические результаты пациенты, перенесшие лапароскопическую радикальную нефрэктомию, в отличие от пациентов после открытой нефрэктомии имеют более короткий срок реабилитации и возвращения к нормальной жизнедеятельности.

Материалы и методы.

В 2012 году в отделении онкоурологии ГБУЗ ТО ООД начато освоение лапароскопических вмешательств при опухолях почки. К октябрю 2013 г. выполнено 25 операций: 6 – лапароскопическая нефрэктомия, 16 – лапароскопическая гибридная нефрэктомия (с мануальной ассистенцией), 3 – лапароскопическая резекция почки.

Мужчин было 14, женщин – 11. У 18 больных диагностирован рак почки стадии T₁N₀M₀, у 4 – T₂N₀M₀, у 2 – стадии T₁N₀M₁ с солитарными метастазами в костной системе, у 1 больного после лапароскопической резекции морфологически верифицирована склерозированная гемангиома почки.

В 13 случаях была поражена правая почка, в 12 случаях – левая. Размеры опухоли варьировали от 2,5 см до 8,0 см. У 17 пациентов опухоль была бессимптомная (случайно выявлена при УЗИ), у 8 пациентов опухоль выявлена в связи с наличием жалоб. Время операции варьировало от 130 до 320 мин.

У одного больного через 6 часов после лапароскопической нефрэктомии диагностировано кровотечение из ложа опухоли, выполнена лапаротомия, гемостаз. У остальных больных осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. Гистологически у 24 пациентов верифицирован светлоклеточный почечноклеточный рак, у 10 из них – высокодифференцированный, у 14 – умереннодифференцированный.

У 24 человек после лапароскопических операций наблюдалось быстрое исчезновение болевого синдрома в послеоперационном периоде; наркотические анальгетики были отменены на 2 сутки, ненаркотические анальгетики – на 3 сутки. Парез кишечника разрешился на вторые сутки.

У 5 больных после гибридных операций наблюдалась незначительная подкожная эмфизема в зоне стояния ручного порта. Контрольные дре-

нажи у 18 больных были удалены на 3-4 сутки послеоперационного периода, у 1 больной после резекции почки – на 8 сутки (ввиду наличия серозного отделяемого).

Выводы.

На основании первого опыта выполнения лапароскопических операций при опухоли почки можно сделать вывод о наличии более быстрого реабилитационного периода в сравнении с открытыми операциями при той же патологии, снижении лекарственной нагрузки и использования анальгетиков.

ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОГО ВАРИАНТА ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ИЛЕОЦИСТОПЛАСТИКИ

*А.В. Лыков, А.А. Кельн, А.В. Купчин,
М.А. Сальников, А.В. Вайрадян, В.В. Смирненко,
А.С. Петросян, В.В. Калалб, А.В. Лебедев*

Тюменский ООД, г. Тюмень

Радикальная цистэктомия (РЦЭ) является стандартным методом лечения мышечно-инвазивного и некоторых других форм РМП. Ортотопическое замещение мочевого пузыря – наиболее физиологичный вариант деривации мочи после осуществления РЦЭ. Целью создания ортотопического резервуара является максимальная медицинская и социальная реабилитация пациентов, заключающаяся в восстановлении самостоятельного мочеиспускания. Интерес урологов в настоящее время прикован к созданию ортотопического неоциста с повторением всех свойств настоящего мочевого пузыря, который функционирует как резервуар низкого давления с координированной релаксацией шейки наружного уретрального сфинктера и сокращением детрузора, что обеспечивает полное опорожнение мочевого пузыря без пузырно-мочеточниковых рефлюксов.

Цель исследования: оценить 5-летний опыт применения модифицированного варианта экстраперитонеальной ортотопической илеоцистопластики.

Материал и методы.

За период с 1998 по август 2013 г. в онкоурологическом отделении ГБУЗ ТО ООД вы-