

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

с учетом возможности удаления опухолевого конгломерата, состояния кишечной стенки, наличия сочетания местного распространения опухолевого процесса с осложнениями, состояния пациента, а также сопутствующей патологии. В случае комбинированных вмешательств помимо удаления пораженного участка толстого кишечника производили также резекцию тонкой кишки, желудка, печени и поджелудочной железы, холецистэктомию, спленэктомию, аппендэктомию, аднексэктомию, экстирпацию матки с придатками, резекцию почки, мочеточника с уретеростомией, мочевого пузыря, иссечение брюшной стенки и резекцию диафрагмы. Чаще всего в случае комбинированного хирургического вмешательства при местнораспространенных злокачественных новообразования толстой кишки выполняли резекцию тонкой кишки - 24 (23,6%), мочевого пузыря - 10 (9,9%), иссечение брюшной стенки - 12 (11,8%), а также операции на внутренних гениталиях у женщин - 14 (13,8%).

Обязательно соблюдался принцип выполнения комбинированных хирургических вмешательств при онкологических заболеваниях - удаление опухолевого конгломерата единым блоком вместе с соседними структурами, вовлеченными в опухолевый процесс. Обструктивные резекции в основной группе пациентов выполнены в связи с сочетанием местного распространения опухоли и нарушений кишечной проходимости в 10 наблюдениях (12,7%), параканкрозного воспаления в 4 случаях (5,1%) и кишечных свищей - 3 (3,8%). В 14 случаях (82,4%) вторым этапом после обструктивных резекций выполнено восстановление кишечной проходимости в сроки от 4 до 6 месяцев. Симптоматические операции при местном распространении опухоли у больных основной группы выполнены в связи с множественным характером отдаленного метастазирования, нерезектабельностью опухоли (врастание опухоли в магистральные сосуды забрюшинного пространства, кости таза) и тяжестью состояния пациента. У 76 пациентов контрольной группы при местнораспространенном раке толстой кишки комбинированные резекции выполнены у 4 больных (5,3%) и у 72 больных симптоматические операции (94,7%): формирование обходного анастомоза - 38 (52,8%), выведение колостомы - 34 (42,7%). При комбинированных резекциях в контрольной группе пациентов выполнялись только резекции передней брюшной стенки. На морфологическом уровне изучено истинное прорастание опухоли толстой кишки в смежные структуры. Из 79 выполненных комбинированных резекций при местнораспространенном раке толстого кишечника в основной группе истинное прорастание опухоли в окружающие органы и ткани на морфологиче-

ском уровне выявлено в 43 наблюдениях (54,4%), в контрольной группе из 4 комбинированных операций - в 3 случаях (75%). Обязательно в случае выполнения комбинированных вмешательств с линии резекции смежных органов и тканей производили мазки-отпечатки со срочным цитологическим исследованием.

Результаты и обсуждение.

При местном распространении опухоли толстого кишечника у пациентов основной группы отмечены следующие послеоперационные осложнения (18 случаев - 13,5%): нагноение послеоперационной раны - 7 (5,3%); эвентрация органов брюшной полости - 3 (2,2%); послеоперационная пневмония - 5 (3,7%); ранняя спаечная кишечная непроходимость - 2 (1,5%); послеоперационный панкреатит - 1 (0,8%). Несостоятельность швов анастомоза отмечена в 1 случае (0,8%). В контрольной группе больных среди осложнений (14 случаев - 18,4%) наблюдались: нагноение послеоперационной раны - 7 (9,2%); острая сердечно-сосудистая недостаточность - 5 (6,7%); ранняя спаечная кишечная непроходимость - 1 (1,3%); послеоперационный панкреатит - 1 (1,3%). Зафиксировано 2 летальных исхода (1,5%) в группе радикально оперированных больных (основная группа): острая сердечно-сосудистая недостаточность - 1 и тромбоэмболия основного ствола легочной артерии - 1. Остальные летальные исходы в основной группе больных (14 случаев - 10,5%) отмечены в группе пациентов, которым произведены симптоматические операции. В контрольной группе пациентов умерло 19 больных (24,1%). Причиной смерти послужили: раковая интоксикация - 6 (7,9%); острая сердечно-сосудистая недостаточность - 8 (10,5%); тромбоэмболия основного ствола легочной артерии - 5 (6,5%).

Выводы.

При местном распространении опухоли толстой кишки оправданы комбинированные хирургические вмешательства; в случае генерализации процесса следует ограничиваться паллиативными или симптоматическими операциями.

АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РАДИКАЛЬНОЙ ПОЗАДИЛОННОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

А.В. Лыков, В.П. Изгейм,
А.В. Купчин, В.В. Симоненко

Тюменский ООД

Радикальная простатэктомия (РПЭ) - основной метод лечения локализованных форм рака