

9. Шехтман М. М. // Заболевание почек и беременность. - М., 1980.
10. Лопаткин Н.А., Шевцова И. П. // Оперативная урология. - М., 1986. - С.46-54).
11. Davison J. M., Dunlop W. Renal hemodynamics and tubular function in normal human pregnancy. *Kidney Int.* 18: 152, 1980.
12. Rasmussen F., Nielsen F. R., Europ. J. Obstet. Gynec. reprod. Biol.- 1988.- N 3
13. Desroches A., Wahl P. Renal ultrasonography in pregnant women. *Ultrasound in urology*. Ed. S. Khoury. -Maury, 1985.

УДК 616.34-006.6:616.36-032.2-089

© Ш.Х. Ганцев, В.Н. Ручкин, А.С. Воробьев, Р.Д. Атнабаев, О.Л. Лагно, А.М. Ханов, Р.Ш. Ишмуратова, 2008

Ш.Х. Ганцев, В.Н. Ручкин, А.С. Воробьев,
Р.Д. Атнабаев, О.Л. Лагно, А.М. Ханов, Р.Ш. Ишмуратова
**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ**
Башкирский республиканский клинический онкологический диспансер, г. Уфа

В статье анализируются результаты лечения 316 пациентов раком органов желудочно-кишечного тракта с отдаленными метастазами в печень. Изучены результаты одногодичной выживаемости. Лучшие результаты получены у пациентов (42 пациента), которым проведены циторедуктивная операция на первичной опухоли, радиочастотная термоабляция метастазов в печень и химиотерапия. Все пациенты этой группы прожили больше года.

Ключевые слова: метастазы в печень, радиочастотная термоабляция, хирургическое лечение, выживаемость.

Sh.H. Gantsev, V.N. Ruchkin, A.S. Vorobjov,
R.D. Atnabaev, O.L. Lagno, A.M. Khanov, R.Sh. Ishmuratova
**DIRECT AND IMMEDIATE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS
WITH TUMORS IN GASTROINTESTINAL TRACT WITH LIVER METASTASES**

In this article the results of treatment in 316 patients with tumors in gastrointestinal tract with distant liver metastases are reviewed. One-year survival status is also analyzed. The best results were achieved in 42 patients who undergone cytoreductive surgical procedure on primary tumor, radiofrequency and thermo ablation of liver metastases and chemotherapy. All patients of this group were alive for more than a year.

Key words: liver metastases, radiofrequency and thermo ablation, surgical treatment, survival.

Одной из актуальных проблем в онкологии являются метастатические поражения печени [2,4,5,7]. По локализации метастатического рака печень занимает первое место среди всех органов [1,6]. Метастазы рака поджелудочной железы в печень встречаются в 50% случаев, колоректального рака — от 20 до 50%, рака желудка — в 35%, рака молочной железы — в 30%, рака пищевода — в 25% случаев. По данным М.И.Давыдова и соавт., комбинированное лечение больных с солитарными метастазами рака толстой кишки в печень позволяет добиться 5-летней выживаемости 20—30% больных [3]. Известно, что резекция печени является единственным методом лечения при ее метастатическом поражении, однако радикально могут быть оперированы лишь порядка 20% больных. Традиционно используемая системная химиотерапия далеко не всегда способствует выживаемости пациентов.

Цель исследования

Оценить непосредственные и ближайшие (до 1 года) результаты лечения больных с новообразованиями желудка и толстой кишки с метастазами в печень.

Материал и методы

Исследование выполнено в Башкирском клиническом онкологическом диспансере на базе лаборатории высоких технологий.

Показатели годичной выживаемости изучены у 316 пациентов, оперированных по поводу рака желудочно-кишечного тракта. В зависимости от локализации рака больные разделены на три группы. Первая группа — больные раком желудка, вторая — больные раком ободочной кишки и третья — раком прямой кишки. Исходя из методов лечения, были сформированы подгруппы. У всех пациентов, включенных в исследование, были метастазы в печень (преимущественно в II, III, IV, V, VII сегменты). Больные с отдаленными

метастазами в другие органы и с канцероматозом брюшины были исключены из исследования.

В первую группу включен 131 пациент, находившийся на лечении в клинике с 2000 по 2006 год по поводу рака желудка T3-4N1-2M1. У всех пациентов первой группы при выполнении хирургической операции выявлены метастазы в печень. Из них мужчин было 69,5%, женщин – 30,5%. Средний возраст пациентов составил $57,2 \pm 4,5$ года.

По методам лечения выделены 3 подгруппы:

Первая – 46 пациентов, которым была выполнена пробная лапаротомия. Среднее количество метастатических узлов у них было 6 ± 2 , средний размер – 3 ± 1 см.

Вторая – 67 пациентов, которым были выполнены паллиативные операции – гастроэнтеростомии. Среднее количество метастатических узлов в печени было 9 ± 2 , средний размер – $3 \pm 1,2$ см.

Третья – 18 пациентов, которым выполнены циторедуктивные операции. Среднее количество метастатических узлов было 5 ± 1 , средний размер – $2,5 \pm 1$ см; 5 пациентам этой подгруппы дополнительно выполнена радиочастотная термоабляция метастазов в печень.

Вторую группу составил 61 пациент, находившийся на лечении также с 2000 по 2006 год по поводу рака ободочной кишки T2-4N1-2M1. У всех пациентов второй группы при выполнении хирургического лечения выявлены метастазы в печень. Из них мужчин было 62,3%, женщин – 37,7%. Средний возраст пациентов составил $58,2 \pm 3,6$ года.

По методам лечения выделены 3 подгруппы:

Первая – 17 пациентов, которым была выполнена пробная лапаротомия. Среднее количество метастатических узлов было 8 ± 2 , средний размер – 3 ± 2 см.

Вторая – 12 пациентов, которым были выполнены паллиативные операции – наложение обходных анастомозов и разгрузочных кишечных свищей. Среднее количество метастатических узлов было 6 ± 2 , средний размер – 3 ± 2 см.

Третья – 32 пациента, которым выполнены циторедуктивные операции. Среднее количество метастатических узлов было 5 ± 2 , средний размер – 3 ± 1 см; 6 пациентам этой подгруппы дополнительно выполнена радиочастотная термоабляция метастазов в печень.

Третья группа состояла из 124 пациентов, находившихся на лечении также с 2000 по 2006 год по поводу рака прямой кишки T2-

4N1-2M1, у которых при выполнении хирургического лечения выявлены метастазы в печень. Из них мужчин было 57,6%, женщин – 42,4%. Средний возраст пациентов составил $63,6 \pm 2,5$ года.

По методам лечения выделены 3 подгруппы:

Первая – 18 пациентов, которым была выполнена пробная лапаротомия. Среднее количество метастатических узлов у этих пациентов было 8 ± 3 , средний размер – $4 \pm 1,5$ см.

Вторая – 28 пациентов, которым были выполнены паллиативные операции – наложение разгрузочных кишечных свищей. Среднее количество метастатических узлов в этой подгруппе было 7 ± 2 , средний размер – 3 ± 2 см.

Третья – 78 пациентов, которым выполнены циторедуктивные операции. Среднее количество метастатических узлов было 5 ± 2 , средний размер – $3,5 \pm 2$ см; 31 пациенту этой группы выполнена радиочастотная термоабляция метастазов в печень.

Радиочастотная термоабляция (РЧА) осуществлялась системой RITA SYSTEM® 1500X.

Преимуществом данной системы является то, что во время проведения процедуры происходит температурный контроль за качеством выполнения манипуляции в режиме реального времени, что обеспечивается наличием нескольких встроенных в зонд термодатчиков. Благодаря этому даже при расположении опухоли у достаточно крупного сосуда после процедуры возможно оценить адекватность проведения процедуры и при необходимости ее повторить.

РЧА выполнялась нами либо во время операции по поводу первичной опухоли, либо отсроченно (7 операций). Всего обработано 65 метастатических узлов. Размеры метастазов варьировали от 1,5 до 8 см. Процедура выполнялась с интраоперационным УЗИ-контролем и морфологической верификацией. Макроскопические данные и микроскопические исследования представлены на рис. 1 - 3.

На рис. 1 зона абляции выглядела как серый нечетко очерченный участок на фоне коричневой ткани печени. В центральных зонах после воздействия высокочастотным электромагнитным излучением наблюдался тотальный некроз гепатоцитов в виде безъядерных клеточных зон (рис. 2).

Гепатоциты имели набухшую однородную цитоплазму без характерной зернистости. Однако соединительно-тканый остов, состоящий преимущественно из коллагеновых волокон, прослеживался четко (указано стрелкой).

В то же время структуры сосудов и желчных протоков в перипортальных зонах не прослеживались из-за тотального некроза.

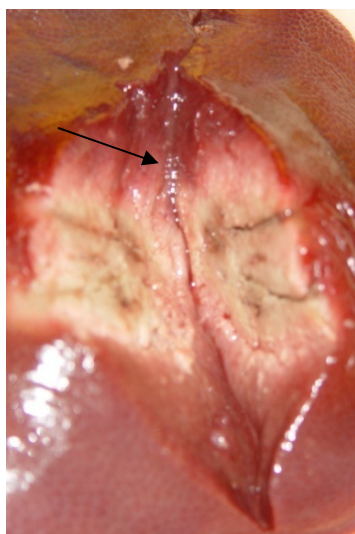


Рис. 1. Макропрепарат после РЧА метастаза в печень

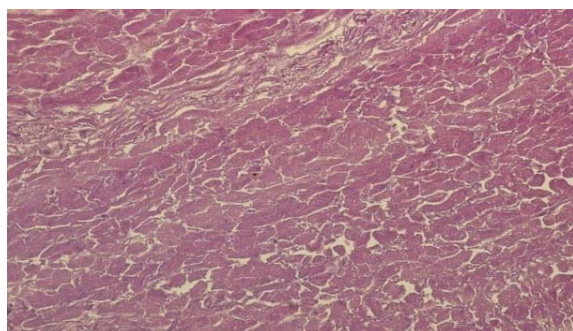


Рис. 2. Тотальный некроз гепатоцитов после выполнения РЧА окраска гематоксилином эозином, ув. х 86 стр.3).

В ближайших от зоны тотального некроза участках строение печени было неизменным, однако четкого перехода от неповрежденной ткани до неизменной зоны не выявлялось. Переход от некротически измененной ткани был довольно плавным (рис.3).

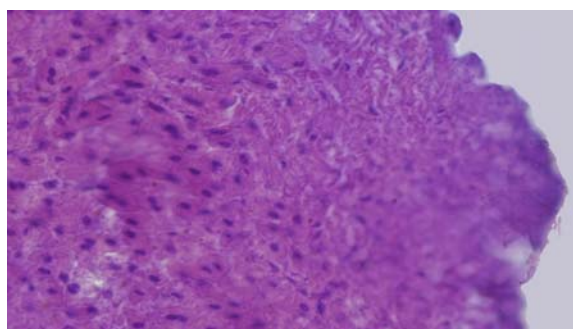


Рис. 3. Демаркационная зона между зоной абляции и неизменной печенью шириной 70-120мкм окраска гематоксилином эозином, ув. х86.

На расстоянии около 70-100мкм от зоны некроза архитектура выглядела сохранной, с сохраненным балочным рисунком.

Рисунок портальных зон с сосудами и желчными протоками был сохранен. Однако

на значительном расстоянии отмечалось мутное набухание гепатоцитов различной степени, преимущественно слабой степени.

Таким образом, макро – и микроскопически подтвержден полный некроз печеночной ткани в зоне абляции, на 1,5 – 2 см превышающий диаметр раскрытия электродов зонда, что доказывает полную девитализацию тканей, гибель опухоли.

151 (47,5%) пациенту проводилась химиотерапия. В качестве схем лечения использовались режимы: MAYO, XELOX, EAP.

Полученные результаты

Из 46 пациентов первой группы с метастазами в печень после пробной лапаротомии 44 пациента (95,7%) умерли в течение года от прогрессирования рака, из них 4 (8,7%) - в течение первых 3 месяцев. Более года прожили 2 пациента (4,3 %).

Из 67 пациентов первой группы, второй подгруппы после паллиативных операций 61 пациент (91%) умер в течение года от прогрессирования опухоли, из них 3 (4,5%) - в течение первых 3 месяцев. Более года прожили 6 пациентов – 9%.

Из 18 пациентов первой группы, третьей подгруппы после циторедуктивных операций 10 пациентов (55,6%) прожили 12 и более месяцев, что значительно выше, чем при выполнении паллиативных и пробных операций. 8 пациентов (44,4%) умерли в течение года. В течение первых 3 месяцев летальности не было. При сочетании циторедуктивных операций и РЧА все пациенты прожили более года.

Из 17 пациентов второй группы, первой подгруппы с метастазами в печень после пробной лапаротомии 11 пациентов (64,7%) умерли в течение года от прогрессирования рака, из них 4 (23,5%) - в течение первых 3 месяцев. Более года прожили 6 пациентов (35,3%).

Из 12 пациентов второй группы, второй подгруппы после паллиативных операций 2 пациента (16,7%) умерли от прогрессирования опухоли в течение первых 3 месяцев. Более года прожили 10 пациентов (83,7%). Это наилучший результат из всех полученных нами.

Из 32 пациентов второй группы, третьей подгруппы после циторедуктивных операций 26 пациентов (81,25%) прожили 12 и более месяцев, что также выше, чем при выполнении паллиативных и пробных операций. 6 пациентов (18,75%) умерли в течение года. В течение первых 3 месяцев умерших не было. При сочетании циторедуктивных операций и РЧА все пациенты прожили более года.

Из 18 пациентов третьей группы, первой подгруппы с метастазами в печень после пробной лапаротомии 6 пациентов (33,3%) умерли в течение года от прогрессирования рака, из них 4 (22,2%) - в течение первых 3 месяцев. Более года прожили 12 пациентов (66,7%).

Из 28 пациентов третьей группы, второй подгруппы после паллиативных операций 10 пациентов (35,7%) умерли в течение 1 года от прогрессирования опухоли, из них 7 (25%) - в течение первых 3 месяцев. Более года прожили 18 пациентов (64,3%).

Из 78 пациентов третьей группы, третьей подгруппы после циторедуктивных операций 61 пациент (78,2%) прожил 12 и более месяцев, что значительно выше, чем при выполнении паллиативных и пробных операций. 17 пациентов (21,8%) умерли в течение года. В

течение первых 3 месяцев умерших не было. При сочетании циторедуктивных операций и РЧА все пациенты также прожили более года.

Из группы с выполнением циторедуктивных операций и РЧА метастазов печени и послеоперационной системной и локально-регионарной химиотерапией при наблюдении в течение года умерло 2 пациента (4,8%). Хирургических осложнений, связанных с методикой абляции мы не наблюдали. Сроки пребывания больных в связи с использованием РЧА не увеличивались. Повторные абляции этой группе больных мы не проводили. Прогрессия метастазов в печени отмечена у 3 больных.

Сравнение результатов лечения пациентов с метастазами в печень по группам представлено на рис. 4.

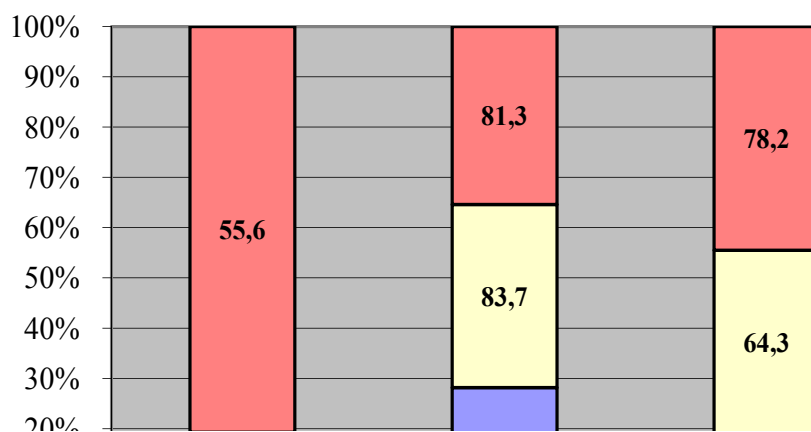


Рис. 4. Годичная выживаемость при метастазах рака органов пищеварения в печень, в %.

Из рис. 4 видно, что самая низкая годичная выживаемость наблюдалась у пациентов, страдающих генерализованным раком желудка, после пробной лапаротомии без адьювантного лечения – 4,3%, наилучшая – 100% у пациентов после выполнения циторедуктивных операций, радиочастотной термоабляции метастазов и послеоперационной химиотерапии.

Таким образом, результаты лечения пациентов с метастазами рака органов пищеварения в печень напрямую зависят от степени циторедукции: выполнение циторедуктивных операций даже без послеоперационной химиотерапии способствует годичной выживаемости до 63,6%. Худшие результаты лечения при всех рассмотренных локализациях отмечаются при пробных операциях при раке желудка (4,3% годичной выживаемости), наилучшие (95,2% годичной выживаемости) – при выполнении циторедуктивных операций, радиочастотной термоабляции метастазов и послеоперационной химиотерапии. Мы понимаем, что эти результаты были достигнуты и

потому, что отбор пациентов на лечение был очень тщательный, а лечение – высокоорганизованное с использованием всего арсенала терапевтических средств. Радиочастотная термоабляция с использованием аппарата RITA SYSTEM® 1500X является эффективным и безопасным методом лечения метастазов злокачественных новообразований органов брюшной полости в печень и может быть рекомендована к широкому внедрению.

Заключение

Лечение метастазов при раке органов пищеварения – реальность. Разумный выбор тактики на основе комплексного подхода, включающей хирургическую операцию на первичной опухоли с радиочастотной абляцией метастазов печени и химиотерапией позволяет повысить показатели годичной выживаемости. Дальнейшее накопление опыта, совершенствование режимов химиотерапии, безусловно, позволят улучшить результаты лечения больных этой тяжелой категории.

ЛИТЕРАТУРА

1. Радиочастотная абляция метастазов колоректального рака в печень / Воробьев Г.И., Жученко А.П., Филон А.Ф. [и др.] // Актуальные вопросы колопроктологии: Материалы второго съезда колопроктологов России. – Уфа, 2007. – С.238-240.
2. Радиочастотная термоабляция опухолей печени / Долгушин Б.И., Патютко Ю.И., Шолохов В.Н., Косырев В.Ю. / Под ред. М.И. Давыдова. – М.: Практическая медицина, 2007.
3. Результаты циторедуктивных операций у больных колоректальным раком с отдаленными метастазами / Вашакмадзе Л.А., Трахтенберг А.Х., Сидоров Д.В. [и др.] // Актуальные вопросы колопроктологии: Материалы второго съезда колопроктологов России. – Уфа, 2007. – С.233-234.
4. Comparison of resection and radiofrequency ablation for treatment of solitary colorectal liver metastases / Oshowo A., Gillams A., Harrison E. [et al.] // Br. J. Surg. 2003; 90. P. 1240–1243.
5. Current treatment for liver metastases from colorectal cancer / Liu I.X., Zhang W.H., Jiang H.C. // World J. Gastroenterol. - 2003. 9 - P. 193-200.
6. Radiofrequency thermal ablation of abdominal tumors: lessons learned from complications / Rhim H., Dodd G.D. 3rd, Chintapalli K.N. [et al.] // Radiographics. 2004; 24.- P. 41–52.
7. Treatment of focal liver tumors with percutaneous radio-frequency ablation: complications encountered in a multicenter study / Livraghi T., Solbiati L., Meloni M.F., [et al] // Radiology. – 2003; 226. - P. 441–451.

УДК 616.351/352-002.446-08-039.11:615.2.454.2

© Ф.М. Гайнутдинов, А.А. Яппарова, Г.Т. Гумерова, 2008

Ф.М. Гайнутдинов, А.А. Яппарова, Г.Т. Гумерова
**МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
 ПРИМЕНЕНИЯ СУППОЗИТОРИЙ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ
 ОСТРОЙ ТРЕЩИНЫ АНАЛЬНОГО КАНАЛА**

*ГОУ ВПО «Башикирский государственный медицинский университет»
 Минздравсоцразвития РФ, г.Уфа*

В настоящем исследовании проводилась сравнительная оценка эффективности лечения острой трещины анального канала суппозиториями постеризан и анестезол. Исследование проводилось на крысах, которые были распределены на 2 группы: крысам 1-й группы вводили свечи «Постеризан», 2-й – «Анестезол». Через двое суток после моделирования экспериментальной анальной трещины, начинали вводить препараты соответственно группам животных ежедневно в течение 12 дней, после чего на 10-е и 12-е сутки делали забор материала с участком анальной трещины на морфологическое исследование.

Было выявлено, что заживление острой трещины анального канала происходит на 10-е сутки при применении «Постеризана» и на 12-е сутки при использовании «Анестезола».

Ключевые слова: острая анальная трещина, «Постеризан», «Анестезол».

F.M. Gaynutdinov, A.A. Yapparova, G.T. Gumerova
**THE MORPHOLOGICAL COMPARATIVE ESTIMATE
 OF THE EFFECTIVENESS OF TREATING
 ANAL FISSURE USING SUPPOSITORIES**

In the considered research we held a comparative analysis of effectiveness of treating anal fissure using “Posterisan” and “Anesthesol” suppositories. The research was made on rats that were divided in two groups. We injected “Posterisan” to the rats of the first group and “Anesthesol” to the rats of the second group. After two days of modeling the experimental anal fissure, we started injecting the needed medicine to the corresponding groups during 12 days. After that we held a morphologic analysis of the anal fissure. It is discovered that using “Posterisan” suppositories lead to heal of anal fissure on 10th day and using “Anesthesol” suppositories - on 12th day.

Key words: anal fissure, “Posterisan”, “Anesthesol”.

Анальная трещина является одним из наиболее распространенных заболеваний прямой кишки. Частота её возникновения, судя по обращаемости больных, колеблется от 11 до 15% среди всех заболеваний толстой кишки [1].

Суппозитории «Постеризан» и «Анестезол» длительное время применяются в клинической практике, но результаты лечения не всегда удовлетворяют колопроктологов, частота рецидивов остается на высоком уровне [2-7]. Эти препараты действуют на разные