

номы, полиэмбриомы, хориокарциномы. В 4 наблюдениях незрелая тератома яичника сочеталась с плоскоклеточным раком и в двух – с саркомой яичника.

**Результаты и выводы.** В группе больных со смешанными злокачественными герминогенными опухолями яичников уровень АФП и ХГ в десятки, сотни и тысячи раз превышал уровень этих маркеров при чистой незрелой тератоме яичника. У 93 % больных возникло прогрессирование заболевания через 4 мес после операции. Большинство опухолей были чувствительны к химиотерапии, отмечалось уменьшение новообразований на 30–50 % после первого курса, однако интервал между курсами в 1 мес приводил к бурному прогрессированию заболевания. Наиболее эффективными схемами химиотерапии являлись схемы ВЕР, РVB, EP, VAB-6. Эффективности лучевой терапии отмечено не было. Выживаемость больных смешан-

ными злокачественными опухолями яичников оказалась значительно ниже, чем в случаях чистой незрелой тератомы. В группе смешанных опухолей яичников выживаемость составила 24,2 %, тогда как при чистой незрелой тератоме – 73,4 %. Когда в незрелой тератоме присутствовал злокачественный компонент герминогенной опухоли – хориокарцинома, эмбриональный рак, опухоль эндодермального синуса, отмечалось более злокачественное течение заболевания. Плоскоклеточный рак яичника на фоне незрелой тератомы наблюдался у 6 больных в возрасте от 30 до 60 лет. Это отличало плоскоклеточный рак от смешанных герминогенных опухолей яичников, где возраст больных находился в интервале от 6 до 20 лет. Течение заболевания отличалось крайней агрессивностью. Несмотря на проводимое лечение 5 из 6 больных умерло в течение года от установления диагноза.

## ОПЫТ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКОЙ АБЛАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

В.В. ДВОРНИЧЕНКО, В.Г. ЛАЛЕТИН, Ю.Г. СЕНЬКИН,  
А.Г. КУВШИНОВ, К.А. КОРНЕЕВ

*ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет»,  
Иркутский областной онкологический диспансер*

**Актуальность.** В последнее время в литературе появились положительные результаты малоинвазивного лечения злокачественных очаговых поражений печени различными методами, в том числе с помощью аппаратов электрохимического лизиса. При этом происходит деструкция очага и окружающих тканей вследствие воздействия щелочи и кислоты, возникающих в результате электрохимического действия между катодом и анодом. Принцип электрохимического лизиса основывается на прямом воздействии постоянного тока на метастаз с возникновением асептического некроза (1-й этап) и химического воздействия на опухоль продуктами электролиза в виде щелочи, кислоты и соединений платины (2-й этап). Процесс не сопровождается повышением температуры, что принципиально отличает этот метод от радиочастотной абляции.

Отсутствие температурных колебаний улучшает переносимость манипуляции.

**Цель исследования.** Провести оценку клинической эффективности электрохимического лизиса в паллиативном лечении злокачественных поражений печени в раннем послеоперационном периоде.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе Иркутского областного онкологического диспансера. Были проведены сеансы электрохимического лизиса под внутривенным наркозом у 8 человек, у 7 из них имелись единичные метастазы в печень (количество от 1 до 3, размеры очагов варьировали от 20 до 50 мм). Распределение больных по первичной опухоли следующее: колоректальный рак – 3, рак желудка – 2, рак поджелудочной железы – 2. Интервал между лечением первичного очага и выявлением

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