

Основная масса пациентов (79,7%) – это люди в возрасте от 51 до 80 лет. Поэтому не всем больным ввиду возраста, распространенности процесса, наличия сопутствующих заболеваний могло быть предложено специализированное лечение.

Локализация отдаленных метастазов распределилась следующим образом: преимущественно поражается печень – 59%, в меньшей степени брюшина – 9,4%, легкие и плевра – 2,5%, другие органы – 12,6% (метастазы в отдаленные лимфоузлы, яичники и др. органы), множественные метастазы отмечены – у 16,5%.

Лечение. Симптоматическое лечение получали 188 больных. Из них 62-м были выполнены операции диагностические и симптоматические. 160 пациентам были выполнены операции различного характера: диагностические – n=9; 5,6%, симптоматические (обходные анастомозы либо выведение различных стом) – n=3; 33,1%, паллиативные (удаление опухоли, либо удаление опухоли в сочетании с частичным удалением вторичных поражений) – n=86; 53,8%, условно радикальные (удаление опухоли + удаление видимых метастатических изменений) – n=12; 7,5%.

Паллиативные и условно радикальные операции выполнены у 98 человек (61%), причем в 56 случаях (57% от всех паллиативных операций) оперативное лечение дополнено химиотерапией. Паллиативные операции в основном выполнялись пациентам с метастазами в печень – n=60 (64%) и примерно в равных пропорциях при метастазах в брюшину, другие органы и при множественных метастазах.

Продолжительность жизни составила: при симптоматической терапии – 4,3 месяца; при выполнении симптоматических операций – 7 месяцев; при химиотерапии – от 1 до 17 месяцев, в среднем – 10 месяцев; при выполнении паллиативных операций – от 7 до 19 месяцев, в среднем – 12 месяцев; паллиативных операциях, дополненных химиотерапией – от 12 до 36 месяцев, в среднем 16 месяцев, при условно радикальных операциях – 18 месяцев.

В заключении хотелось бы привести пример лечения 2 ныне живых пациентов:

1. Пациентка Ч., 63 лет выявлен рак селезеночного изгиба ободочной кишки с метастазами в печень в сентябре 2009 г. В сентябре 2009 г. проведена паллиативная операция – левосторонняя гемиколэктомия + атипичная резекция печени с метастатическим поражением. В послеоперационном периоде 6 курсов полихимиотерапии по схеме FOLFOX с КТ-контролем. Отпущена под наблюдение на 3 месяца. В июне 2010 г. – регистрация метастазирования в печень. С сентября 2010 г. химиотерапия по схеме FOLFIRI – 3 курса, в динамике – без ухудшения по КТ. В ноябре 2010 г. РЧА метастатического поражения печени. С января 2011 г. – 4 курса ПХТ по схеме FOLFIRI. С июля 2011 г. заподозрен рецидив ме-

тастозов печени. В августе 2011 г. направлена в РОНЦ, выполнена гемигепатэктомия слева + РЧА отдельных метастатических очагов правой доли + резекция диафрагмы и перикарда. Рекомендовано проведение 6 курсов химиотерапии кселодой, лечение получает.

2. Пациент Л., 56 лет в декабре 2009 г. выявлен рак сигмовидной кишки с одиночными метастазами в печень, легкие. С января 2010 г. проведено 6 курсов ПХТ по схеме Мейо с положительной динамикой (по КТ легких и брюшной полости) – исчезновение метастазов. В августе 2010 г. оперативное лечение – резекция сигмовидной кишки с анастомозом, при операции при ревизии печени метастазов не обнаружено. В послеоперационном периоде – 3 курса ПХТ по схеме Мейо. При контрольном КТ ОБП (июль 2011 г.) – данных за метастазов нет.

Выводы:

1. Продолжительность жизни при 4 стадиях рака ободочной кишки при выполнении паллиативных операций выше, чем при выполнении симптоматических.

2. Максимальная продолжительность жизни отмечена при проведении паллиативных либо условно радикальных операций в сочетании с химиотерапией.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

О.Н. Царев, Ю.И. Гольдман, Л.А. Васильев

Тюменский ООД

Рак молочной железы (РМЖ) занимает ведущее место в структуре онкологической заболеваемости женщин. Это определяет стратегию борьбы с данной патологией, которая ориентирована на сокращение смертности, увеличение безрецидивного периода и улучшения качества жизни пациенток.

Основным этапом лечения РМЖ является хирургический метод, особенно при начальных стадиях. До настоящего времени наиболее распространенной операцией при РМЖ остается радикальная мастэктомия. Это вмешательство, является по существу, калечащим и ведет к тяжелым психическим травмам. Качество жизни пациентов, перенесших радикальную мастэктомию, в большинстве случаев остается неудовлетворительным.

Поэтому к хирургическому лечению рака молочной железы в последние десятилетия наметились новые подходы связанные с выполнением органосохраняющих операций.

Органосохраняющей операцией, при выполнении которой соблюдаются основные онкологические принципы, является радикальная резекция.

Объем удаляемых тканей при радиальной резекции включает в себя: сектор ткани молочной железы с опухолью, подлежащей фасцией большой грудной мышцы; подмышечной, подлопаточной и подключичной клетчаткой.

При латеральной локализации опухоли операция выполняется из одного разреза, при медиальной - из двух (отдельно сектор с опухолью, отдельно – лимфаденэктомия).

Противопоказания к выполнению радикальной резекции:

1. Удаленность опухоли от сосково-ареолярного комплекса не менее 2 см.
2. Центральная локализация опухоли.
3. Мультицентрический рост.
4. Размер опухоли более 3 см.
5. Нежелание пациентки сохранить грудь.
6. Заведомо неудовлетворительный эстетический результат (соотношение размера опухоли и объема молочной железы).
7. Мутация генов BRCA I-II.

Учитывая повышение риска местного рецидива, радикальная резекция всегда дополняется облучением оставшейся части молочной железы.

В маммологическом отделении Тюменского ООД за последние десять лет выполнено 4250 радикальных операций по поводу рака молочной железы. Из них 16% составили радикальные резекции.

Процент местных рецидивов после органосохраняющих операций составил 3,8%.

При анализе соотношения радикальных мастэктомий и органосохраняющих операций за период с 2000 по 2010 гг. установлено, что за последние десять лет в маммологическом отделении ТООД увеличилось количество органосохраняющих операций по поводу рака молочной железы. В 2006 году наблюдается резкий рост количества радикальных резекций (с 12% до 27%), а в течение последующих пяти лет показатели стабилизировались. В настоящее время процент органосохраняющих операций составляет 24,6%.

Выводы: Сочетание всех вышеперечисленных противопоказаний для проведения радикальных резекций мы находим сегодня более, чем у 75% пациенток, что не позволяет увеличить количество выполняемых органосохраняющих операций. Путем к увеличению их количества, является выявление рака в более ранних стадиях.

СПОСОБ БОРЬБЫ С ЛИМФОРЕЕЙ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

О.Н. Царев, Ю.И. Гольдман, Е.В. Сидоров

Тюменский ООД

Хирургический метод является основным в лечении больных с узловыми формами рака мо-

лочной железы. Независимо от объема резецируемых тканей, практически всегда выполняется подмышечно – подключично - подлопаточная лимфаденэктомия. Лимфорея в послеоперационном периоде наблюдается в 100% случаев. При этом, примерно у 1/3 больных она носит длительный (до 4-6 месяцев) характер. Риск её развития особенно высок у больных старше 60 лет, страдающих ожирением и получивших предоперационную лучевую и/или химиотерапию.

После лимфаденэктомии из-за недостаточного прилегания кожных лоскутов к грудной стенке и пересечения значительного числа лимфатических сосудов в ране начинает собираться серозная и кровянистая жидкость, что часто приводит к нагноению. Это значительно увеличивает сроки госпитализации и количество амбулаторных визитов. Из-за этого часто возникает отсрочка проведения адьювантной терапии.

С марта 2010 г. в маммологическом отделении Тюменского ООД выбрана методика профилактики длительной лимфорреи. После выполнения основных этапов операции производится отсечение реберного конца малой грудной мышцы и подшивание его к клетчатке в подмышечной области (миопластика). Далее, проводится подшивание кожного лоскута к передней зубчатой мышце. Это позволяет значительно уменьшить остаточную полость, создаются благоприятные условия для сращения стенок раны.

За прошедшее время нами было выполнено 817 радикальных операций (мастэктомий и резекций молочной железы). У 208 больных хирургическое вмешательство выполнялось по «классической» схеме, а остальным 609 пациенткам оно дополнялось миопластикой и подшиванием кожного лоскута.

Мы сравнили объем и длительность послеоперационной лимфорреи у больных в обеих группах. В результате: при прочих равных условиях, количество отделяемой жидкости у пациентов, которым выполнялась миопластика, в среднем сократился на 50%. При этом дренаж удалялся на 4-7 сутки, что вдвое раньше, чем в контрольной группе.

Выводы. Использование миопластики малой грудной мышцей и подшивание кожного лоскута к передней зубчатой мышце значительно снижает объем и длительность лимфорреи. Это ведет к уменьшению числа осложнений, сокращает сроки госпитализации и позволяет вовремя начать адьювантное лечение.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ПАРАСТЕРНАЛЬНЫЕ ЛИМФОДИССЕКЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТЮМЕНСКОМ ОНКОДИСПАНСЕРЕ

Н.А. Шаназаров, В.Ю. Зуев, А.Г. Сияков, Д.Д. Сехниадзе, А.В. Лысцов