

Материал и методы.

За 2009-2010 гг. нами пролечено 42 больных раком желудка с метастазами печени в возрасте от 38 до 73 лет. Мужчин было 29, женщин 13. Гистологически верифицированы различные варианты аденокарциномы у 28 больных, недифференцированный рак у 9 больных, скirr у 5 больных. Пациентам первым этапом комбинированного лечения выполнена хирургическая операция (резекция желудка или гастрэктомия в объеме R0 по первичному очагу). Затем пациенты получили 4-5 курсов длительной внутриартериальной химиотерапии в печеночную артерию по схеме Цисплатин 100мг 24 часовая инфузия, Фторурацил 750мг 72 часовая инфузия (патент РФ на изобретение «Способ химиотерапии метастазов рака желудка в печень» № 2364397 от 20.08.2009г.).

Результаты и обсуждение.

При динамическом наблюдении после 4-х курсов химиотерапии значительная регрессия метастазов печени отмечена у 7 пациентов, частичная регрессия отмечена у 13 пациентов, стабилизация у 11, прогрессирование отмечено у 11 пациентов. Одногодичная летальность отмечена у 9 пациентов, что в основном связано с прогрессированием процесса. При контрольном осмотре 78% больных живут более 14 месяцев.

Таким образом, из вышеизложенного следует, что хирургический метод остается ведущим в лечении больных раком желудка. Наш анализ показывает, что применение регионарной химиотерапии в печеночную артерию у пациентов раком желудка с метастазами в печень после операции на первичном очаге позволяет увеличить шанс годичной выживаемости больных раком желудка IV стадии.

ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОИНФУЗИИ В ЧРЕВНЫЙ СТОЛ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Д.Т. Арыбжанов, Н.К. Орманов, А.Р. Сабуров

Южно-Казахстанская ГФА, Казахстан
Южно-Казахстанский ООД, г. Шымкент, Казахстан

В Республике Казахстан заболеваемость раком желудка составляет 19-20 на 100000 населения, в структуре онкопатологии рак желудка занимает четвертое место и составляет 10,3%. Лечение больных раком желудка всегда остается актуальной задачей для онкологов. По данным литературы при применении неоадьювантной химиотерапии частичная регрессия опухоли наступает у 38% больных, частота послеоперационных осложнений снижается в 3 раза. В настоящее время применению регионарной химиотерапии у

больных раком желудка открываются более широкие возможности.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных раком желудка путем применения внутриартериальной регионарной химиоинфузии в чревный ствол.

Материал и методы.

Нами проанализированы непосредственные результаты комплексного лечения 50 больных раком желудка прошедших лечение в Южно-Казахстанском областном онкологическом диспансере за период 2005-2009 гг. Все 50 больных в клинику поступили с первичной опухолью.

Средний возраст составил $58,1 \pm 0,8$ года. Стадия опухолевого процесса по TNM была следующей: $T_3N_0M_0$ – 17 (34%) больных, $T_3N_1M_0$ – 19 (38%) больных и $T_3N_2M_0$ – 14 (28%) больных. Гистологически у 45 (90,0%) больных выявлена аденокарцинома, у 5 (10,0%) – скirrрозный рак. Всем больным первым этапом проведена неоадьювантная внутриартериальная химиоинфузия в чревный ствол по схеме TPF (Таксотер 75 мг/м² + Цисплатин 75 мг/м² + Фторурацил 1000 мг/м² в 1-й день) 2 курса с интервалом 28 дней, затем операция. В последующем в зависимости от результатов неоадьювантной химиотерапии больным проводился следующий этап лечения.

Результаты и их обсуждение.

Непосредственные результаты показали эффективность лечения после 2 курсов неоадьювантной внутриартериальной регионарной химиоинфузии у 26 (52%) больных: частичная регрессия отмечена у 18 (36%) больных и значительная регрессия процесса отмечена у 8 (16%) больных. Этим больным вторым этапом комплексного лечения проведена радикальная операция – расширенная гастрэктомия с лимфодиссекцией D₂. В 15 (30%) случаях отмечена стабилизация процесса, во время операции у этих больных хирургическое вмешательство завершилось паллиативным удалением опухоли из-за прорастания в соседние органы. В 9 (18%) случаях на фоне проводимого лечения отмечено прогрессирование и диссеминация процесса по брюшине с асцитом, что привело к ухудшению общего состояния больных, и они были выписаны на симптоматическое лечение. Изучение удаленного гистологического материала желудка после операции показало наличие лекарственного патоморфоза 1-2 степени у 12 (24%) больных, патоморфоза 3 степени у 14 (28%). Учитывая результаты гистологического исследования и наличие лечебного патоморфоза всем 26 (52%) больным в течение 1-го месяца после радикальной операции начаты курсы адьювантной химиотерапии по той же схеме. Всем больным проведены по 4 курса адьювантной химиотерапии.

Закключение.

Таким образом, неоадьювантная внутриартериальная регионарная химиоинфузия в чревный ствол при раке желудка по схеме TPF (Таксотер 75 мг/м² + Цисплатин 75 мг/м² + Фторурацил 1000 мг/м² в 1-й день) оказалась эффективной у 52% больных. При этом всем им удалось провести радикальное хирургическое вмешательство. У всех 52% больных отмечен лечебный патоморфоз 3-4 степени. Данная методика лечения больных раком желудка является методом выбора для повышения операбельности процесса и улучшает непосредственные результаты лечения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВНЫМИ САРКОМАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Б.Т. Байзаков, Д.Т. Арыбжанов, А.Ж. Муктубаева

Актюбинский ООД, г. Актобе, Казахстан
Южно-Казахстанская ГФА, г. Шымкент, Казахстан
Тюменская ГМА, г. Тюмень, Россия

Саркомы мягких тканей (СМТ) являются относительно редким заболеванием, они составляют около 1% всех злокачественных опухолей человека. В России в 2007 году диагностировано 3245 заболевших, что составило 0,7% от всех онкологических заболеваний. По данным литературы, развитие локального рецидива СМТ зависит не только от биологических свойств опухоли (степень злокачественности, размер, локализация), но и от радикальности первичного хирургического лечения. Локальный рецидив СМТ возникает у 90% больных, которым выполнено местное иссечение опухоли, тогда как широкое иссечение снижает вероятность появления рецидива до 10-20%.

Таким образом, нерадикальное удаление СМТ является одним из факторов неблагоприятного прогноза заболевания и поэтому требует незамедлительного дополнительного хирургического вмешательства в объеме широкого иссечения опухоли. Тем не менее, на сегодняшний день в литературе нет единого мнения относительно границ резекции здоровых тканей и о влиянии локальных рецидивов СМТ на пятилетнюю выживаемость пролеченных больных. Все вышеизложенное послужило основанием для проведения нами данного научного исследования.

Методы исследования.

Рецидивной саркомой принято считать развитие опухоли после проведенного лечения, считающегося радикальным, т.е. повторное появление опухоли в области первичного очага или зонах регионарного метастазирования в период более 6 месяцев после оперативного вмешательства (от 6 месяцев до 3 лет – ранние рецидивы, позднее 3 лет – поздние рецидивы СМТ). Выявление отдаленных метастазов саркомы мягких

тканей в период времени до 6 месяцев нами определено как первично-генерализованная саркома мягких тканей.

Основным симптомом локального рецидива саркомы мягких тканей явился определяемый визуально, реже – пальпаторно, опухолевый узел или несколько узлов (при мультицентричном росте). У 73 из 95 больных (76,8%) локальный рецидив саркомы мягких тканей выявлен при профилактическом осмотре. В 22 (23,2%) случаях больной самостоятельно выявил наличие опухолевого узла, что и явилось причиной явки на осмотр. Рентгенологическое исследование позволило выявить отдаленные метастазы в легкие у 15 (15,8%) из 95 пациентов, а так же наличие или отсутствие рентгенологических признаков вторичного вовлечения подлежащих костных структур. Анатомо-топографическая локализация СМТ определялась с помощью компьютерной или магнитно-резонансной томографии – у 27 больных. Эти методы являются наиболее достоверными и позволяют планировать объем оперативного вмешательства. Для морфологической диагностики опухоли мягких тканей использовалась закрытая пункционная аспирационная или трепан-биопсия, открытая инсизионная биопсия.

Результаты и обсуждение.

По полученным нами данным, наибольшее количество случаев возобновления местного опухолевого роста после хирургического лечения наблюдалось в течение первых 6 месяцев после лечения – 22 при размере опухоли не более 5 см и в 17 случаях – при размере опухоли более 5 см. К началу третьего года частота локальных рецидивов была одинакова независимо от размера первичной опухоли.

Наиболее высокая частота локальных рецидивов при размере первичной опухоли более 5 см наблюдалась нами к концу второго года после хирургического лечения. Эти данные свидетельствуют о том, что опасность появления местного рецидива опухоли у больных саркомы мягких тканей возрастает после хирургического лечения с интервалом в 1 год. Неадекватность хирургического лечения явилась основной причиной высокой частоты локальных рецидивов при размере опухоли до 5 см. Снижение же абсолютного количества локальных рецидивов опухоли при ее диаметре более 5 см к концу третьего года после хирургического лечения было обусловлено гибелью части больных.

Нами так же был проведен анализ периодичности возобновления местного роста саркомы мягких тканей в зависимости от размера опухоли после хирургического лечения. У большинства больных после хирургического лечения независимо от размера опухоли преобладала неизлеченность локального опухолевого процесса. Неизлеченность опухолевого процесса при размере опу-