

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ОБЪЁМА ЛИМФОДИССЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ОПЕРАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА

А.В. АВГУСТИНОВИЧ, М.Ю. ВОЛКОВ, С.Г. АФАНАСЬЕВ

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. Операции при раке желудка неизбежно сопровождаются удалением клетчатки и лимфоузлов зон регионарного метастазирования. Однако при тщательном гистологическом исследовании удаленных тканей лишь у части больных обнаруживаются метастазы. Для определения целесообразности лимфодиссекции, особенно на ранних стадиях, проведена оценка «сторожевых» лимфоузлов при раке желудка. «Сторожевым» называется лимфатический узел, в который в первую очередь осуществлялся отток лимфы от опухоли. Именно этот узел, следовательно, должен был в первую очередь оказаться пораженным.

Цель исследования – определение сторожевых лимфатических узлов (СЛУ) у больных операбельным раком желудка.

Материал и методы. За период 2007-2008 гг. в отделении торакоабдоминальной онкологии совместно с отделением радионуклидной диагностики исследование сторожевых лимфоузлов выполнено у 46 больных раком желудка. Среди них: 17 женщин, 29 мужчин, возраст больных колебался от 30 до 73 лет, составив в среднем 59 лет. У большинства больных был диагностирован рак тела желудка – 19 (41,3%) у 13 пациентов выявлена опухоль пилороантрального отдела (28,3%), у 5 (10,8%) – тотальное поражение органа. Практически у всех больных диагностирована аденокарцинома различной степени дифференцировки 40 (87,0%). Всем пациентам эндоскопически накануне операции вводился радиоактивный лимфотропный коллоид (^{99m}Tc -“Nanosis”) в дозе 80 MBq. Инъекции РФП выполнялись по периметру опухоли в 4 точках (в дозе 20 MBq в каждой инъекции) в подслизистое пространство. Сцинтиграфическое исследование на гамма-камере (Е.САМ 180, Siemens) выполнялось через 20 мин, 2 и 18 ч после введения РФП.

Поиск СЛУ непосредственно в операционной осуществлялся при помощи гамма-зонда

НТЦ ООО «Амплитуда». Определение радиоактивности лимфатического узла: если радиоактивность лимфатического узла втрое превышает радиоактивность окружающих тканей, лимфоузел считался сторожевым.

Результаты. Большинству больных – 22 (47,8%) выполнена субтотальная дистальная резекция желудка, гастрэктомия – у 10 (21,7%). Кроме того, девяти больным была проведена комбинированная гастрэктомия ввиду распространения опухоли на соседние органы (резекция абдоминального отдела пищевода – 4, поджелудочной железы – 4, ножек диафрагмы – 3, поперечно-ободочной кишки – 1, печени – 2, резекция передней брюшной стенки – 1). Операции из комбинированного торакоабдоминального доступа выполнены пяти больным – 10,9%. Всем пациентам проводилась лимфодиссекция в объёме D2.

При плановом гистологическом исследовании операционного материала у большинства больных опухоль прорастала мышечную оболочку – 18 больных (39,0%). Сторожевые лимфатические узлы удалось обнаружить у 43 пациентов. Всего выявлено 91 СЛУ. Количество выявленных на одного пациента СЛУ составило от 1 до 4 (среднее количество выявленных СЛУ – 3,0). При исследовании удалённых лимфоузлов у 22 пациентов (47,8%) выявлено наличие метастатического поражения сторожевых лимфоузлов и метастазы в дистальные лимфатические узлы соответствующего коллектора. У 24 больных (52,2%) отсутствовало метастатическое поражение СЛУ и дистальные лимфоузлы соответствующего коллектора были интактны. При этом было отмечено, что такие макроскопические признаки, как увеличение и уплотнение лимфатического узла, не свидетельствуют о его метастатическом поражении. Чувствительность метода составила 88,9%, специфичность – 100%, точность – 100%, положительная прогностическая ценность – 100%, негативная прогностическая ценность – 0%.

Выводы. Таким образом, высокая чувствительность и специфичность метода говорят о его эффективности при определении сторожевых лимфатических узлов у больных раком желудка. Метод может быть использован при

определении показаний к тому или иному объёму лимфодиссекции при раннем раке желудка, однако для выработки стандартных рекомендаций требуется проведение многоцентровых крупномасштабных исследований.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ КОЖИ В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ

А.А. АВДАМЕТОВ, Б.А. АБДУРАХМАНОВ, Л.И. МИРЗАЕВА, И.Р. ЮНУСМЕТОВ

Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент

Актуальность. Рак кожи – наименее агрессивная форма злокачественных опухолей. Заболевают в основном люди пожилого возраста, и чаще опухоль локализуется на открытых участках тела. Наиболее часто встречается в южных регионах, где высокая солнечная радиация (ультрафиолетовые лучи), и особенно высокая частота заболеваемости отмечается у части населения со светлым цветом кожи. Также большое значение имеет экологическая обстановка: шахтёры, люди, работающие на рудниках, во вредных цехах, имеющие контакт с некоторыми красками, горюче-смазочными материалами, сажей, излучениями, и лица, работающие на открытом воздухе, подвергающиеся воздействию солнечной радиации, сухого ветра, пыли, задымлённости, и любители загорать. Самая высокая заболеваемость на о. Тасмании (Австралия) 167,2 на 100 тыс. населения, где отмечен самый сухой климат и высокая солнечная радиация.

Цель исследования. Изучение эпидемиологии, непосредственных и отдаленных результатов лечения рака кожи.

Материал и методы. Среднереспубликанский показатель заболеваемости по раку кожи в Казахстане составляет 18-220/0000, что в 2 раза выше показателей по Южно-Казахстанской области. Среди городских жителей нашей области (Шымкент, Кентау, Ленгер) заболеваемость в 2 раза выше, по сравнению со среднеобластными показателями. Нами проанализирована заболеваемость по области за 1992–2008 гг., при этом выявлено 2036 случаев рака кожи. Интенсивные показатели заболеваемости на 100 тыс. жителей выраженных колебаний не имеют, что связано с повышением миграции населения. До 2000 г. интенсивные показатели варьировали в пределах 7,0-8,00/0000 (представители славянской

национальности составили более чем 30%), в последние годы интенсивные показатели заболеваемости практически не изменились (лица славянской национальности составили 10,0%). Это связано с тем, что заболеваемость среди местного населения в 3-4 раза ниже по сравнению с таковой у представителей славянской национальности. Интенсивные показатели у мужчин составили 8,80/0000, у женщин – 13,70/0000. 73,2% больных были старше 60 лет. Диагноз морфологически подтвержден у 91,7% больных: у 76,4% – базально-клеточный, у 23,6% – плоскоклеточный рак. Рак кожи I-II стадий установлен у 77,4%, III-IV – у 22,6%. Одногодичная летальность составила 3,5 - 7,0%.

Результаты. Основная масса больных получала амбулаторное лечение. Стационарное лечение было проведено больным преклонного возраста, и жителям отдаленных районов. При этом 4% больных отказались от предложенного лечения ввиду запущенности процесса и наличия серьезных сопутствующих заболеваний. Хирургическому лечению подвергались 12,4% больных, остальные больным проведена лучевая терапия. Рецидив заболевания отмечен у 3,4% больных, у которых в последующем проведено повторное лечение. Пятилетняя выживаемость составила 33-40%, 10-летняя выживаемость при $T_1N_0M_0$ – 100%, при $T_2N_0M_0$ – 84%, при $T_{3-4}N_1M_0$ – 40,2%. Это связано с тем, что большинство больных имели преклонный возраст, тяжелые сопутствующие заболевания и умирали не от рака кожи.

Выводы. Рак кожи в Южно-Казахстанской области по частоте занимает III-IV место, и интенсивные показатели в 12 раз ниже среднереспубликанских. Больные преклонного возраста составили 73,2%. Основной формой пораже-