

мальных и нейрогенных опухолях, экспрессирующих маркер CD-117. Встречаемость стромальных опухолей ЖКТ – 10–20 случаев на 1 млн населения в год. Таким образом, в Тюмени и на юге Тюменской области должно выявляться около 40 случаев заболевания в год.

По данным различных исследователей наиболее часто опухоли встречаются в желудке (60–70%) и тонкой кишке (25–35%). Средний возраст составляет 55–60 лет. Клиническая картина стромальных опухолей не имеет специфических симптомов. Свыше 90% стромальных опухолей являются злокачественными. В настоящее время терапией первой линии локальных форм GIST является хирургическая резекция, однако медиана выживаемости при использовании только этого метода составляет всего 5 лет даже при условии полной резекции опухоли. В 2000 г. в клиническую практику для лечения метастатических форм GIST был внедрен таргетный препарат иматиниб (Гливек). С 2010 г. в России, как и в других странах, Глибек назначается в качестве адъювантной терапии при GIST высокого риска.

В Тюменском онкологическом диспансере клинически и иммуногистохимически GIST выявляются с 2006 года. За 4 года в хирургическом отделении №1 оперированы с диагнозом GIST 23 пациента, из них 6 мужчин и 17 женщин. Средний возраст пациентов составил 56 лет, от 41 до 78 лет. У 22 из 23 пациентов отмечались симптомы опухоли. Наиболее часто пациенты предъявляли жалобы на боли и дискомфорт в животе, у 8 пациентов первоначально выявлена анемия. У 5 пациентов в анамнезе были злокачественные опухоли других локализаций: яичников в 2 случаях, тела матки, кожи, гортани.

У 17 пациентов опухоль локализовалась в желудке, средний размер 5,5 см, от 1 до 11 см. 12 пациентам выполнены субтотальные резекции желудка, из них 7 дистальных и 5 проксимальных. 5 пациентам согласно стандарту хирургического лечения GIST до 5 см выполнены атипичные резекции желудка.

У 2 пациентов опухоль размером 4 см располагалась внеоргано (позади ДПК и в малом тазу), выполнено удаление опухолей. По одному случаю оперированы опухоли подвздошной кишки диаметром 10 см, пищевода размером 4 см, большого дуоденального сосочка (БДС) – 5 см, выполнены резекции.

У 1 пациента опухоль размером 15 см исходила из хвоста поджелудочной железы. В доступной литературе описаны только 2 случая GIST поджелудочной железы, при этом меньших размеров. Пациент оперирован 21.10.2008 г. в возрасте 62 лет, выполнена резекция хвоста поджелудочной железы. В настоящее время па-

циент проходит динамическое наблюдение, признаков прогрессирования нет.

У 22 пациентов на момент операции метастазы отсутствовали. У 1 пациента с GIST, расположенной в антральном отделе желудка имелся одиночный метастаз на висцеральной брюшине размером 2 мм. Показательно, что данный пациент наблюдался с лейомиомой желудка в течение 11 лет. За время наблюдения образование увеличилось с 1,5 до 7 см, появился метастаз (выявлен на операции). В 2007 году с развитием понимания злокачественности данных опухолей пациент оперирован.

Ни один из 23 пациентов не получал адъювантной химиотерапии или таргетной терапии. Прогрессия опухоли (метастазы в печень) наступила у 1 пациентки с опухолью БДС через 22 месяца после операции, которая впоследствии получала таргетную терапию Гливеком.

Врачами отделения проводится активное наблюдение всех оперированных пациентов.

В 2011 году планируется внедрение в работу отделения классификации TNM 7 пересмотра (2010), в которую впервые включены GIST. Это нововведение будет способствовать более точному стадированию и определению прогноза GIST, целесообразному назначению адъювантной таргетной терапии.

РАК ПРЯМОЙ КИШКИ

*Н.С. Райков, Р.Н. Чупин, И.Н. Попов,
О.В. Сбродов, А.В. Дорогина, А.Н. Роговских*

Тюменский ООД

Рак прямой кишки — распространенное заболевание и составляет 4–6% всех злокачественных опухолей человека. Во всем мире отмечается рост заболеваемости раком прямой кишки наиболее выраженный в экономически развитых странах.

Как и для большинства локализаций злокачественных опухолей, точные причины возникновения рака прямой кишки точно не известны. Важное значение имеет характер питания, который влияет на скорость продвижения каловых масс, их объем, содержание, бактериальную флору и периодичность стула. Специально проведенные исследования показали, что «западный» тип диеты, в которой преобладают большое количество свежих фруктов и высококалорийных жиров, легкоусвояемых продуктов, приводит к замедлению продвижения содержимого по кишечнику. При этом вещества, вызывающие опухоль, которые могут входить в состав пищи или

вырабатываться кишечником, длительно воздействуют на стенку прямой кишки. Возникающие при этом дисбактериоз, нарушение работы печени часто сопровождают рак прямой кишки.

Среди других факторов, способствующих развитию рака прямой кишки, следует назвать уменьшение физической активности, влияющей на моторику кишки и запоры, связанные с хроническими заболеваниями кишечника.

Раковые опухоли прямой кишки характеризуются медленным ростом и постепенным появлением клинических симптомов. Выраженные проявления болезни возникают тогда, когда опухоль достигает больших размеров. Одним из первых, но вместе с тем, достаточно поздним проявлением заболевания, являются выделения из прямой кишки слизи, а затем крови и гноя. Часто больные с выделениями крови при дефекации избегают обращения к врачу, связывая проблему с геморроем. Это одна из наиболее частых и опасных ошибок. Исключить опухоль прямой кишки в такой ситуации может только квалифицированный врач.

Частыми проявлениями рака прямой кишки являются нерегулярность стула, чередование поносов и запоров, болезненный акт дефекации, ложные позывы. Боли в прямой кишке более характерны при поражении анального канала, но могут быть и при расположении опухоли вблизи от него в прямой кишке.

Диагностика рака прямой кишки в силу локализации органа не является сложной задачей для квалифицированного врача. При пальцевом осмотре кишки можно выявить опухоли на расстоянии до 15 см от заднего прохода и даже выше. Всю прямую кишку можно осмотреть при ректороманоскопии — осмотр кишки через ректоскоп — специальную полую металлическую трубку, к которой подведен источник света. Кроме того, используются рентгеновские методы (контрастная клизма). Ультразвуковое исследование с датчиком, вводимым в прямую кишку, позволяет оценить степень прорастания опухоли слоев стенки кишки. Традиционное УЗИ — исключить метастазы в лимфатических узлах и в печени. В последнее время для диагностики опухолей толстой кишки используются компьютерная, магнитно-резонансная, позитронно-эмиссионная томографии — продукты новых технологий в медицине, которые являются надежными и достаточно точными как в диагностике опухоли, так и в оценке ее распространенности.

Основным методом лечения рака прямой кишки является хирургический. В зависимости от расположения опухоли и ее размеров выполняют 4 основные операции: внутрибрюшную резекцию прямой кишки, операцию Гартмана,

брюшно-анальную резекцию прямой кишки и экстирпацию прямой кишки.

Внутрибрюшная резекция прямой кишки — это удаление пораженной опухолью кишки с последующим сшиванием концов пересеченной кишки. Сшивают конца как вручную, так и при помощи специальных сшивающих аппаратов, обойтись без которых в ряде случаев невозможно. Тогда приходится выводить один из концов кишки на переднюю брюшную стенку — колостому.

При операции Гартмана опухоль удаляют, «верхний» конец кишки выводят в виде колостомы, а «нижний» — зашивают. Эта операция выполняется, когда есть большой риск сшивать концы кишки. После нее можно колостому ликвидировать при повторной операции.

При брюшно-анальной резекции пораженную опухолью кишку удаляют, а «верхний» конец кишки протягивают внутрь «нижнего», ждут, пока они не срастутся, а потом отсекают избыток протянутой в задний проход кишки.

При экстирпации прямая кишка удаляется полностью вместе с задним проходом и формируется колостомы. После такой операции колостому ликвидировать невозможно. Эта операция применяется, когда опухоль расположена слишком близко к заднему проходу, когда здоровой стенки кишки ниже опухоли нет. В диспансере все такие больные бесплатно обеспечиваются современными одноразовыми калоприемниками. Все эти операции могут дополняться удалением соседних органов при врастании в них опухоли или удалением метастазов.

Лучевая терапия сама по себе или в сочетании с химиотерапией широко применяется для лечения рака прямой кишки до или после операции. Заменить операцию она не может (за исключением некоторых форм рака анального канала). Применение лучевой терапии до операции может уменьшить опухоль и облегчить ее удаление, избежать наложения колостомы, а после операции — улучшить результаты лечения за счет снижения риска возникновения новой опухоли (рецидива) на месте операции. Имеются серьезные доказательства, что использование облучения до или после операции продлевает жизнь по сравнению с одной только операцией.

Как и для опухолей толстой кишки, химиотерапия используется для лечения метастазов рака прямой кишки и профилактически (адьювантно, т.е. в тех стадиях рака, когда после операции видимых метастазов нет, но вероятность наличия микрометастазов, которые невозможно диагностировать современными методами обследования, высока). Стандартными препаратами для химиотерапии рака толстой кишки являются

5-фторурацил (чаще в сочетании с лейковарином или фолином кальция), препараты платины. Применение химиотерапии увеличивает продолжительность жизни больных с метастазами опухоли и улучшает ее качество. В последнее время появились новые препараты, обладающие большей активностью по сравнению со ставшими уже стандартными лекарствами (оксалиплатин, кселода, UFT, КАМПТО, и другие). По последним данным, наилучшие показатели демонстрирует Элоксатин в различных вариантах комбинации с 5-фторурацилом и лейковарином (т.н. режимы FOLFOX).

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ

Н.М. Сулейманов, Р.Т. Аюпов, Р.Р. Уразин

Республиканский КОД, г. Уфа

Обеспокоенность и повышенное внимание к онкологии – одна из характерных черт здравоохранения всех развитых стран, что обусловлено устойчивой тенденцией роста онкологической заболеваемости. В Российской Федерации ежегодно выявляется около 485 тыс. новых случаев злокачественных новообразований. В 2007 году показатель смертности от онкологических заболеваний 13,7% и является второй причиной смертности населения РФ после сердечно-сосудистых заболеваний. В последние годы активно разрабатываются новые высокотехнологичные методы лечения рака. К сожалению, во многих Российских клиниках нет возможности применять новые высокотехнологичные методы лечения.

Цель исследования: развитие и внедрение высокотехнологичных методов лечения онкологических заболеваний.

Материал и методы:

Для поднятия качества онкологической помощи населению в Башкирском Республиканском клиническом онкологическом диспансере 6 октября 2006 года создана Лаборатория Высоких Технологий (руководитель – профессор Ш.Х. Ганцев), занимающаяся нестандартными высокотехнологичными методами лечения генерализованных форм рака. В арсенале лаборатории имеется радиочастотный генератор RITA SYSTEM 1500x, ультразвуковые аппараты ULTRACISION HARMONIC SCALPEL 300, LYSONYX 3000 и другое высокотехнологичное оборудование. С

началом работы Лаборатории появилась возможность выполнять радиочастотную термоабляцию и ультразвуковую сонодеструкцию опухолей, расширились возможности выполнения малоинвазивных лапароскопических вмешательств и регионарной химиотерапии.

За время деятельности лаборатории в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи радиочастотная термоабляция метастазов злокачественных опухолей в печени с использованием генератора RITA SYSTEM 1500x была выполнена у 96 пациентов с опухолями ободочной и прямой кишки, желудка, молочной железы, яичников.

Освоена резекция печени с использованием устройства HANIB SEALER 4x. Выполняется установка внутриартериальных имплантируемых портов для длительной регионарной химиотерапии проведена 32 пациентам с генерализованными опухолями печени, прямой кишки, поджелудочной железы, желудка.

Осложнений при выполнении лечебных мероприятий не отмечалось, все наблюдаемые пациенты прожили 1 год и более от момента начала лечения.

Для оценки эффективности лечебных мероприятий, проводимых в Лаборатории Высоких Технологий РКОД изучены показатели выживаемости у 178 пациентов, оперированных по поводу рака прямой кишки. Исходя из методов лечения, сформированы подгруппы. У всех пациентов включенных в исследование были метастазы в печень (преимущественно во II, III, IV, V, VII сегменты). Больные, у которых имелись отдаленные метастазы в другие органы и карциноматоз брюшины исключены из исследования.

Основная группа – 85 пациентов, находившихся на лечении с 2006 по 2008 год по поводу рака прямой кишки T₂₋₄N₁₋₂M₁, у которых при выполнении хирургического лечения выявлены метастазы в печень и выполнены циторедуктивные операции и радиочастотная термоабляция метастазов в печень. Среднее количество метастатических узлов было 3±2, средний размер – 3,5±2см. 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 ее проведения и при необходимости ее повторить.