

ней степени тяжести, гипопротеинемия, остальные анализы без патологии. При эндоскопической ультрасонографии (ЭУС): пищевод свободно проходит до 28 см от резцов, далее просвет его сужается за счёт инфильтративных изменений, на 35 см от резцов располагается бугристая опухоль с участками распада, контактно кровоточит. По левой стенке имеется свищевой ход до 3 см, полость которого выслана некротическими массами. По данным ЭУС прорастает проксимальный отдел желудка и левое лёгкое. Пациентке было выполнено компьютерно - томографическое исследование органов грудной клетки, при котором нижняя доля левого лёгкого коллабирована за счёт давления, оказываемого объёмным образованием и небольшим количеством жидкости, объемом до 400 мл. Пройодимость бронхиального дерева сохранена. Новообразование, размером 145x108 мм, с полостью распада расположено в заднем средостении с выходом основного массива в проекции плевральной полости слева. Опухоль на большом протяжении инфильтрирует левую стенку пищевода, приводя к стенозированию последнего. Увеличенных лимфатических узлов в корне лёгкого и средостении не отмечено. По данным компьютерно-томографического исследования имеет место опухоль пищевода гигантских размеров, возможно GIST.

Поскольку при обследовании, несмотря на размеры опухоли и длительность анамнеза, отдаленных метастазов не выявлено, 10.06.08 г. было принято решение о выполнении радикальной операции из левостороннего торакотомного доступа, под сочетанной анестезией – верхнегрудной эпидуральной аналгезии, эндобронхиального наркоза, двухпросветная интубация. При ревизии опухоль до 15 см, исходит из мышечной стенки пищевода, занимает его среднюю и нижнюю трети, имеется перифокальная воспалительная инфильтрация диафрагмы и нижней доли левого лёгкого, последняя в состоянии карнификации. Преимущественно острым путём опухоль мобилизована из довольно плотных спаек с перикардом и дугой аорты. Диафрагма резецирована в пределах здоровых тканей. В связи с прорастанием опухоли в нижнюю долю левого лёгкого, выполнена типичная лобэктомия с аппаратным швом бронха. Далее осуществлен диафрагмотомический доступ, из которого с помощью сшивающих аппаратов сформирован желудочный трансплантат. С помощью аппаратов УО-40 пищевод пересечён в пределах здоровых тканей, проксимально – под дугой аорты. Желудочный трансплантат проведён в плевральную полость. Сформирован «ручной» двурядный интраторакальный пищеводно-желудочный ана-

стомоз по типу «конец в бок». Дополнительно анастомоз укрыт большим салынком. Отдельные узловатые швы на диафрагму. Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 12-е сутки после операции.

При плановом гистологическом и иммуногистохимическом исследовании гистологическая структура и иммунофенотип опухолевых элементов соответствуют стромальной опухоли пищевода.

В настоящее время пациентка находится под динамическим наблюдением в НИИ онкологии, состояние – удовлетворительное, вес восстановился, больная вернулась к трудовой деятельности. При контрольном обследовании в мае 2010 г. данных за прогрессирование процесса не получено.

Представленный клинический случай вызывает интерес с нескольких позиций.

Во-первых, редкая локализация GIST, поражающая пищевод, гигантских размеров.

Во-вторых, отсутствие отдаленных метастазов, несмотря на длительный анамнез – более 4 лет.

В-третьих, осложненное течение заболевания – формирование пищевода свища, стеноз пищевода, дисфагия, гипотрофия, что потребовало предоперационной нутритивной поддержки и инфузионной терапии.

Проведенное в предоперационном периоде терапевтическое лечение, позволило успешно выполнить радикальную комбинированную операцию при осложненной опухоли пищевода – одного из наиболее сложных в плане лечения онкологических процессов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

*А.А. Байназарова, М.Б. Якубова, Н.К. Орманов,
К.В. Югай, Д.Т. Арыбжанов*

Казахский национальный МУ
им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы
Южно-Казахстанский ООД, г. Шымкент, Казахстан

В структуре онкологической заболеваемости опухоли, локализованные в малом тазу, занимают значительное место. Рак шейки матки является одной из наиболее распространенных опухолей у женщин. Ежегодно в мире выявляется около 500 тыс. новых случаев. Чаще всего рак шейки матки диагностируется у женщин в возрасте от 40 до 60 лет.

В целом, отличительной чертой рака шейки матки является относительно продолжительное

местное распространение заболевания, высокая частота первичной неизлеченности в структуре неудач лечения, преимущественная локализация рецидивов в зоне первичной опухоли. В связи с этим при раке шейки матки в настоящее время традиционно используются программы комбинированного лечения. Применение многокомпонентных программ усиливает цитотоксические эффекты по отношению не только к опухоли, но и к нормальным тканям, что увеличивает частоту и тяжесть побочных реакций и осложнений. В этих условиях усиление локальной эффективности противоопухолевой терапии без увеличения ее токсичности представляется весьма важным.

Внутрисосудистые вмешательства у больных раком шейки матки используют с 1960-х годов, однако их широкое применение стало возможным лишь с внедрением методов интервенционной радиологии. Относительные простота и безопасность вмешательств, высокая эффективность за счет оптимального распределения химиопрепаратов в «зоне интереса» и реализации эффекта «первого прохождения» определяют растущее значение этих методов в клинической практике.

В настоящее время рентгеноэндоваскулярные вмешательства являются важной составляющей программ симптоматической терапии у больных с местнораспространенным раком шейки матки и локорегионарными рецидивами заболевания в случаях кровотечения и болевого синдрома. Регионарная химиотерапия является компонентом комбинированного лечения больных с локализованными стадиями заболевания в качестве адъювантной или неоадъювантной терапии.

Из внутрисосудистых вмешательств используют артериальную эмболизацию или регионарную химиотерапию. Для осуществления этих процедур в большинстве случаев необходима селективная катетеризация передних порций обеих внутренних подвздошных артерий (ВПА).

Показания и противопоказания к применению этих методик.

Показания:

1. Кровотечение из опухоли, не купирующееся консервативными мероприятиями.
2. Профилактика интраоперационного кровотечения.
3. Неэффективность или неполный ответ на системную и/или лучевую терапию.
4. Проведение комбинированного лечения, включающего регионарную терапию.

Противопоказания:

1. Непереносимость йодсодержащих препаратов.
2. Отказ больного от данного вида терапии.

3. Почечная и мультиорганный недостаточность.

4. Невозможность селективной катетеризации.

5. Значительное внеорганный распространение и генерализация опухолевого процесса.

Целью исследования явилось изучить возможности методики одномоментной болюсной химиоинфузии ВПА с последующей эмболизацией маточных артерий у больных раком шейки матки.

Материал и методы.

Начиная с июля 2008 г. нами на базе областного онкологического диспансера внедрена методика одномоментной болюсной химиоинфузии ВПА с последующей эмболизацией маточных артерий у больных раком шейки матки. Лечение подверглись 30 пациенток в возрасте от 33 до 48 лет. У всех больных была Па-IIIb стадия процесса ($T_2N_0M_0 - T_{2b}N_0M_0$).

Сущность процедуры заключается в следующем: после пункции правой бедренной артерии катетер pigtail размером 4-5 F устанавливают над бифуркацией брюшной аорты и выполняют ангиографию с введением 20-40 мл 60% или 76% контрастного препарата (Ультравист 370) со скоростью 8-14 мл/с. Скорость введения выбирали с учетом диаметра сосудов и интенсивности артериального кровотока. После тщательного изучения сосудистой анатомии катетер для аортографии заменяли на другой, которым осуществляли селективную катетеризацию внутренней подвздошной артерии катетером типа «hook» размером 5-6 F и осуществляли катетеризацию ветвей (левой) ВПА.

Для более точной визуализации сосудистой анатомии опухоли выполняли селективную ангиографию из ВПА с 6-12 мл контрастного препарата, вводимого со скоростью 2-4 мл/с. Если устья ВПА «накладываются» на соседние ветви, можно рекомендовать дополнительную аортографию или ангиографию общих подвздошных артерий в косой проекции. В устья ВПА вводили болюсно химиопрепараты со скоростью 2 мл/с. В основном применяли схему FAP (Фторурацил 1 гр/м², Адрибластин 60 мг/м², Цисплатин 80 мг/м²). Далее селективно катетеризировали маточную артерию на стороне исследования (слева) и производили эмболизацию кусочками гемостатической губки.

Если необходима одновременная катетеризация обеих ВПА, производили пункцию и установку катетеров с обеих сторон контра- или ипсилатеральным методом.

Из 30 больных повторную процедуру провели 23 больным.

Результаты и их обсуждение.

Анализ непосредственных результатов лечения показал эффективность методики у всех 30 больных (100%). У 7 больных была отмечена остановка кровотечения из опухоли шейки матки на следующие сутки после процедуры. У 13 больных отмечено купирование болевого синдрома внизу живота. При контрольном осмотре через 1 месяц у всех больных была отмечена частичная регрессия опухоли с уменьшением опухолевого узла по данным контрольного УЗИ на 40-60%. 24 больных успешно прооперированы (радикальная расширенная гистерэктомия по Я.В. Бохману), 6 больных готовятся к операции.

Анализ осложнений показал, что в основном осложнения были связаны с проведенной химиотерапией. У 15 больных отмечена тошнота и рвота, у 3 лейкопения 2-степени, у 2 больных анемия 2-степени, которые купировались консервативной терапией. Осложнений связанных с эмболизацией нами не отмечено.

Выводы.

В настоящее время большинством исследователей доказана целесообразность широкого практического применения регионарной химиоинфузии в лечении больных раком шейки матки. Непосредственные результаты применения методики показали ее эффективность у 70% больных. В связи с этим вопрос о ее применении следует рассматривать как один из эффективных методов комбинированного и комплексного лечения больных раком шейки матки. Артериальная эмболизация является малотравматичным и эффективным способом остановки кровотечения из опухоли шейки матки, а также создает дополнительную ишемизацию опухоли, что повышает эффективность непосредственных результатов лечения.

Считаем, что вышеописанную методику лечения больных раком шейки матки необходимо шире использовать в клинической практике.

КЛИНИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НЕЙТРОННОЙ ТЕРАПИИ

В.В. Великая, А.И. Мусабаева, Ж.А. Старцева

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

В НИИ онкологии СО РАМН за 25 лет научно-практической работы накоплен значительный опыт по применению быстрых нейтронов 6,3 МэВ в комплексном лечении больных с местнораспространенными формами рака молочной железы (МР РМЖ) и местными рецидивами опухоли. Применение предоперационной нейтрон-

ной терапии на молочную железу у больных МР РМЖ позволило снизить частоту местных рецидивов опухоли до 2%, в сравнении с предоперационным курсом стандартной ДГТ, при котором частота местных рецидивов за 7-летний период наблюдения составила 22% (Жокина Ж.А., Мусабаева Л.И., 2008). Нейтроны оказывают повреждающее действие не только на саму опухоль, но и способствует гибели опухолевых клеток в ангио-лимфатических сосудах, периневральных пространствах и тканевых щелях. С этих позиций, учитывая преимущество высокоионизирующего излучения перед редкоионизирующим, актуальным является возможность использования нейтронной терапии на послеоперационный рубец у больных с первичными формами РМЖ $T_{2-4}N_{1-3}M_{0-1}$ с неблагоприятным прогнозом после радикальной или условно-радикальной мастэктомии.

Цель исследования: изучить эффективность комплексного лечения с применением быстрых нейтронов у больных РМЖ $T_{2-4}N_{1-3}M_{0-1}$ с неблагоприятными прогностическими признаками и местно-распространенными формами рецидива опухоли.

Материалы и методы.

В исследование с проведением комплексного лечения включено 152 пациентки РМЖ: 116 больных с местными рецидивами и 36 больных с высоким риском местного рецидива. Первая клиническая модель: 71 больная с местнораспространенной формой рецидива РМЖ, которым проводилась нейтронная или смешанная нейтронно-фотонная терапия. У 63 (89%) из 71 пациентки местный рецидив РМЖ был первичный, в 8 (11%) случаях – повторный, после ранее проведенной электронной терапии (ЭТ) на местный рецидив опухоли. У 26 (37%) из 71 пациентки местный рецидив заболевания развился после ранее проводимой лучевой терапии первичного РМЖ: в 9% случаев после ЭТ на область послеоперационного рубца, в 17% - после предоперационной дистанционной гамма-терапии (ДГТ) крупными фракциями на область молочной железы и в 11% случаев – после стандартной предоперационной ДГТ. Контрольную группу составили 45 больных РМЖ, получивших на область местного рецидива опухоли радикальный курс электронной терапии в СОД 60 изоГр.

Лучевая терапия быстрыми нейтронами 6,3 МэВ проводилась на циклотроне У-120 на базе НИИ ЯФ ТПУ. В зависимости от распространенности местного рецидива РМЖ применялось 1-4 поля облучения, размерами: $6 \times 8 \text{ см}^2$ - $10 \times 10 \text{ см}^2$. Расчет очаговой дозы проводился по 80 % изодозе ($h=2,0-2,5 \text{ см}$). Разовая очаговая доза составляла 1,6-2,0 Гр (ОБЭ-2,91-2,79), на кожу – 2,0-2,2