

субтотальной резекции, 10 после гастрэктомии и 9 после проксимальной резекции). Летальность на 3 году после операции составила 15% (умерло 15 больных).

После циторедуктивной дистальной субтотальной резекции более 3-х лет прожили 48,3% больных, а после гастрэктомии и проксимальной резекции ни один больной не прожил более 3-х лет. После циторедуктивной резекции трехлетняя выживаемость составила 48,3%, после гастрэктомии - 14,3%, после проксимальной резекции - 12,5% ($P < 0,05$).

Успешное развитие методов лекарственной терапии злокачественных опухолей привело к значительному расширению показаний к хирургическим вмешательствам у больных с опухолевым процессом III-IV стадий, которые теперь выполняются в расчете на дополнительное химиотерапевтическое воздействие. Отмечено, что паллиативные операции у больных раком желудка с последующей химиотерапией 5 - фторурацилом, улучшают непосредственные результаты по сравнению с группой больных, которым выполнялась только паллиативная операция. В наших наблюдениях из 100 больных в послеоперационном периоде 61 больному проведена системная полихимиотерапия препаратами 5-фторурацил 750 мг/м², суммарно 3-5 гр и цисплатин 80 мг/м², суммарно 100-120 мг. Причем 1 курс проведен 5 (8,2%) больным, 2 курса - 17 (27,9%) больным, 3 курса - 20 (32,8%) больным, 4 курса химиотерапии проведено у 19 (31,2%) больных. Как мы отмечали выше, ни один больной после циторедуктивной гастрэктомии и проксимальной резекции не пережил 3-летний срок. Все больные после этих операций умерли в течение 3 лет. Поэтому мы ограничились приведением результатов трехлетней выживаемости. После операции циторедуктивной дистальной субтотальной резекции, трехлетний срок выжили 48,8% больных. Пятилетняя выживаемость после паллиативной дистальной субтотальной резекции составила 13,8%. После паллиативной резекции рецидивы возникли у 15,6% больных, из них у 9,3% больных после паллиативной дистальной резекции, у 6,2% больных после проксимальной резекции желудка. Метастазы в забрюшинной клетчатке возникли у 20,3% больных после дистальной субтотальной резекции желудка, 10,9% после гастрэктомии и 9,3% после проксимальной резекции.

Таким образом, трехлетняя выживаемость после дистальной субтотальной резекции достоверно выше, чем после гастрэктомии в 3,3 раза и проксимальной резекции в 3,8 раз. Необходимо отметить, что все больные, которые пережили трехлетний срок, получали в послеоперационном

периоде 3-4 курсов системной полихимиотерапии. Трехлетнюю выживаемость после паллиативной резекции желудка мы рассматриваем как результат комбинированной терапии. После дистальной субтотальной резекции желудка 6,1% больных прожили пятилетний срок, они получали до 4 курсов системной химиотерапии.

Выводы:

1. Наличие единичных метастазов в печени при раке желудка не является противопоказанием к проведению циторедуктивных операций, при этом большинству пациентов удастся произвести циторедукцию в объеме R₀.

2. Выживаемость больных достоверно отличается от объема операции. Форма роста опухоли и ее взаимосвязь со смежными органами определяет частоту и характер послеоперационных осложнений, а также является одним из прогностических факторов.

3. Анализ наших результатов показал, что лечение больных раком дистального отдела желудка протекает более благоприятно, а сочетание хирургического лечения с послеоперационной химиотерапией дают возможность 5-летней выживаемости у 6,1% больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Д.Т. Арыбжанов, Н.К. Орманов, О.К. Кулакеев

Международный Казахско-Турецкий университет им.
Х.А. Ясави, г. Туркестан
Южно-Казахстанский ООД г. Шымкент, Казахстан

До настоящего времени результаты лечения первичного рака и вторичных опухолевых поражений печени остаются всё ещё неудовлетворительными. Общий прогноз при первичном раке печени неблагоприятный, даже при использовании самых современных методов лечения, 3-х летняя выживаемость больных после радикальных резекций печени не превышает 45% (Гранов Д.А., Таразов П.Г. и соавт.), а пятилетняя выживаемость редко превышает 5%. При лечении вторичных опухолевых поражений печени общая выживаемость больных не превышает 8-18 месяцев.

Единственным методом, позволяющим добиться длительной выживаемости при злокачественном новообразовании печени, является хирургическая резекция. Однако к моменту диагностики радикальное удаление опухоли возможно

лишь у 5-15% больных, а остальные пациенты подлежат паллиативному лечению. Рецидив опухоли в течение 3-5 лет после резекции печени наблюдается у 70-90% больных. Из них повторную резекцию удастся выполнить не более чем в 10% случаев. Все это еще раз подчеркивает, что лечение злокачественных опухолей печени является одной из наиболее актуальных проблем клинической онкологии.

Из выше изложенного очевидно, что паллиативная противоопухолевая терапия требуется более чем у 80% больных со злокачественным поражением печени. К сожалению, такие традиционные методы, как системная химиотерапия и облучение, при новообразованиях печени малоэффективны. Попытки найти более действенные, малоинвазивные и вместе с тем эффективные способы терапии явились стимулом к разработке и применению в клинической практике методов химиоинфузии в печеночную артерию (ХИПА) и химиоэмболизации печеночной артерии (ХЭПА).

Целью работы явилось изучить непосредственные результаты ХИПА и ХЭПА при опухолевых поражениях печени выполненных за период 2005-2009 гг. по данным Южно - Казахского областного онкологического диспансера.

Материал и методы.

За указанный период в ООД ЮКО получили рентгенэндоваскулярные методы лечения проведены 70 больным с опухолевыми поражениями печени, мужчин 67,1%, женщин - 32,9%. Из них: первичный рак печени 60% случаев, метастатические поражения печени - 40%, среди которых метастазы печени были отмечены при раке желудка 22,8% случаев, при колоректальном раке 14,3%, при раке молочной железы 2,9% случаев. Все больные были в возрасте от 25 до 70 лет.

ХИПА выполнена у 50 больных, из них при первичном раке печени у 32 (45,7%) больных, при метастатических поражениях печени у 18 (25,7%) больных. У 20 больных проведена ХЭПА, из них при первичном раке печени 10 (17,1%) больным, при метастатических поражениях печени 8 (11,4%) больным.

У всех больных диагноз установлен на УЗИ и КТ печени, лапароскопически и морфологически верифицирован путем пункционной биопсии. У пациентов с первичным раком печени III стадия процесса отмечена в 26 (61,9%) случаях, IV стадия в 16 (38,1%) случаях. В группе пациентов получивших ХИПА проведено от 4 до 6 курсов внутриартериальной, регионарной химиотерапии. Внутриартериальный катетер устанавливали по методике Сельдингера через бедренную артерию, у больных с первичным раком печени ХИПА проводилась через общую печеночную артерию, при метастатических поражениях печени

химиоинфузия проводилась регионарно через чревный ствол. У больных первичным раком печени применили схему химиотерапии FАCE (Фторурацил 1000 мг/м², Адриобластин 40 мг/м², Цисплатин 60 мг/м², Этопозид 100 мг/м²) – 16 (38%) больных, схема GF (Гемзар 1000 мг/м², Фторурацил 750 мг/м² 1 и 8 день) – 16 больных. При метастатических поражениях печени при раке желудка и молочной железы применили схему химиотерапии TP (Таксотер 75 мг/м², Цисплатин 75 мг/м²), при метастазах колоректального рака схему FOLFOX (Фторурацил 500 мг/м², Оксалиплатин 100 мг/м²), лейковорин вводили внутривенно перед ХИПА.

ХЭПА проводили путем селективной катетеризации собственно печеночной артерии катетером Кобра 5F (Cordis), для ХЭПА использовали 50 мг доксорубина с липиодолом и доэмболизировали до полной окклюзии собственно печеночной артерии гемостатической губкой. Превалирование количества ХИПА у наших больных объясняется тем, что ХЭПА внедрена в клиническую практику ООД ЮКО с 2008 года.

Результаты и обсуждение.

При динамическом наблюдении за больными первичным раком печени значительная регрессия отмечена у 2 (4,76%) больных, они наблюдаются в течении 3-х лет без признаков прогрессирования процесса, частичная регрессия отмечена у 6 (14,3%) больных, стабилизация процесса у 16 (38%) и прогрессирование процесса отмечено у 8 (19%) больных. При динамическом наблюдении после лечения до года со стабилизацией процесса живут 14 (33,3%) больных, 1,5 года живут 3 (7,14%) больных. Из 42 больных первичным раком печени в сроки от 4 до 8 месяцев после лечения умерло 13 (30,9%) больных. После ХЭПА у 8 из 10 больных отмечена частичная регрессия процесса, которая наблюдается в течении 3-5 месяцев, в настоящее время этим больным в плановом порядке проводится 2-й и 3-й сеанс ХЭПА. У 2 больных отмечено прогрессирование процесса с развитием асцита в связи, чем они были отправлены на симптоматическое лечение по месту жительства. При наблюдении за больными с метастатическим поражением печени после ХИПА у всех 18 (25,7%) больных отмечена стабилизация процесса, которая наблюдается 6-8 месяцев, после чего более чем у 80% больных отмечалось прогрессирование процесса в печени с развитием печеночной недостаточности. Эти больные не прожили 1 года. После ХЭПА у 1 больной с метастазами рака молочной железы отмечена полная регрессия метастатических очагов. В остальных 19 случаях отмечена стабилизация процесса, которая наблюдается в

течение 2-3 месяцев и этой группе пациентов в настоящее время проводится 2-й цикл ХЭПА.

Анализ осложнений показал, что после ХИПА осложнения в основном были отмечены проведенной химиотерапией в виде эметогенных реакций (тошнота у 60% больных, рвота у 52% больных) и лейкопении 1-2 степени у 23% больных, которые корректировались соответствующими, общепринятыми методами и купировались в течении 3-5 суток.

После ХЭПА у больных в основном (90%) отмечался постэмболизационный синдром, который проявлялся повышением температуры тела до 38С, болевым синдромом в эпигастрии средней интенсивности и интоксикацией, эти явления купировались коррекцией лечения антипиретиками, анальгетиками, инфузионной и дезинтоксикационной терапией на 5-7 сутки.

Выводы.

Полученные нами данные показали эффективность внутриартериальной, химиотерапии (ХИПА) при первичном раке печени у 19 (45,2%) больных с хорошим качеством жизни, что дает возможность более широкого применения методики для оказания специального лечения этой сложной категории пациентов. Результаты ХЭПА при первичном раке печени также обнадеживают, так как после 1 процедуры дает стабилизацию процесса и улучшает качество жизни пациентов. Кратность процедуры 1 раз в 2 месяца, что также удобно как для пациентов, так и для медицинского персонала. Сокращаются сроки пребывания больных в стационаре, экономически выгодно. Не требует больших затрат на дорогостоящие химиопрепараты. Применение ХИПА несколько улучшает качество жизни пациентов, однако не позволяет добиться длительной стабилизации процесса, пациенты не выживают более одного года.

Оценить результаты ХЭПА при метастазах других опухолей в печень на данный момент не представляется возможным, однако по данным современной литературы методика в полное обнадеживает и оправдывает ее применение. Положительный результат отмечается у 45% больных средней выживаемостью от 8 до 24 месяцев.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКОЙ GIST-ОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА

С.Г. Афанасьев, А.В. Августинovich,
В.М. Одышев

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Гастроинтестинальные стромальные опухоли (GIST) по данным различных авторов составляют от 0,1% до 3% от всех злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта. Типичной локализацией GIST является желудок (60-70%), тонкая кишка (25-35%), толстая и прямая кишка (5%). В редких случаях эти опухоли могут поражать пищевод, брыжейку, сальник, структуры забрюшинного пространства. Поскольку первичная опухоль локализуется в подслизистом слое, то существуют определенные трудности в гистологической верификации диагноза на предоперационном этапе. С помощью эндоскопических методов морфологическое подтверждение удается установить лишь в 50% случаев. Небольшие образования, чаще всего, не дают клинических симптомов и являются случайными находками при проведении эндоскопических исследований или лапаротомии вследствие других причин. Нередко GIST диагностируется в ходе экстренных операций, связанных с перфорацией органа или кровотечением. Хирургический подход на сегодняшний день является основным методом лечения данной патологии. Однако на момент выявления заболевания у 15-50% больных уже имеются метастазы (особенно при больших размерах опухоли), при этом в 65% случаев выявляются метастазы в печень, в 21% наблюдается диссеминация по брюшине.

В торако-абдоминальном отделении НИИ онкологии СО РАМН г. Томска накоплен определенный опыт хирургического лечения больных с GIST пищеварительного тракта, радикально прооперировано 12 пациентов, большинства опухоли поражали желудок, в одном случае – тонкую кишку, у одной пациентки – пищевод. Представляем это клиническое наблюдение.

Больная Т., 56 лет, поступила в отделение 20.05.08 г. При поступлении предъявляла жалобы на ежедневное повышение температуры тела до 38°С, снижение массы тела за последние 6 месяцев на 15 кг, боли в эпигастрии. Из анамнеза: считает себя больной с июня 2004 г., когда впервые при фиброгастроскопии была выявлена подслизистая опухоль средней трети пищевода. В то время от предложенного оперативного лечения пациентка отказалась. Находилась на диспансерном учёте у онколога поликлиники. За последние полгода отметила ухудшение состояния, появление вышеуказанных жалоб. Обратилась за помощью по месту жительства, обследована, направлена в НИИ онкологии.

При объективном осмотре: состояние пациентки средней степени тяжести, пониженного питания. Видимые слизистые, кожа бледноватые. При лабораторном исследовании – анемия сред-