

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-

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 пищеводного 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