

ВАКУУМНОЙ ДРЕЛЬ-БИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Н.М. Ясков, А.В. Чижик, Д.Д. Нохрин

Тюменский ООД

Актуальность проблемы непальпируемых образований в молочной железе ускорила создание новейшего технического оборудования для уточненной диагностики, в том числе вакуумной установки для биопсии молочной железы. Эта установка позволяет проводить забор клеточного материала с точностью 90-100%, что дает возможность расширить спектр диагностических манипуляций с одновременным лечебным воздействием. Универсальность установки «Маммотом» позволяет проводить вакуумную аспирационную биопсию (ВАБ) под контролем сонографии, что дает возможность использовать ее с ультразвуковыми аппаратами разных модификаций и фирм-производителей. За счет вакуумного насоса в зонде «Маммотома» создается разреженное пространство и в апертуру втягивается ткань молочной железы. Такой механизм обеспечивает получение максимальный объем образца, в отличие от других способов биопсии.

Метод вакуумной аспирационной биопсии позволяет на долечебном этапе получать достаточное количество материала для определения природы новообразований, для его гистологического, для иммуногистохимического исследования, определения тканевых факторов прогноза, рецепторов гормонов и др. показателей с целью выбора оптимального лечения. В отличие от аспирационной биопсии и биопсии системой «пистолет-игла» многократный забор материала происходит, не удаляя зонд из «зоны интереса», что снижает травматичность процедуры.

Опыт работы на установке «Маммотом» показывает возможность удаления всех видимых при сонографии непальпируемых новообразований до 2 см в амбулаторных условиях, что сокращает количество секторальных резекций, приводит к заметной экономии средств.

Вакуумная аспирационная биопсия - новая лечебно-диагностическая технология, ставящая на более высокий уровень возможности диагностики заболеваний молочной железы на самой ранней стадии и оптимизации способов лечения с учетом полученных тканевых факторов прогноза, рецепторов статуса и пр. Процедура выполняется амбулаторно, под местной анестезией. Технология может быть использована в многопрофильных больницах и онкологических учреждениях, в составе которых имеются соноопера-

ционные блоки и располагающие всеми необходимыми средствами для адекватного лечения опухолевых заболеваний маммолог.

За период с 1 июня по 20 ноября 2010 г. на базе Тюменского ООД накоплен клинический опыт, реализованный на аппарате Mammoth НН (производство Johnson & Johnson, США). В течение этого времени в амбулаторных условиях было выполнено 60 вакуумных дрель-биопсий очаговых образований молочных желез под УЗИ навигацией. Первую группу составили 47 пациенток, у которых по данным УЗИ, ММГ был установлен диагноз: злокачественное образование молочной железы. Во второй группе, в которую входили 13 пациенток, по результатам инструментальных методов обследования предполагался доброкачественный процесс. В последней группе, в 5 случаях толстоигольная вакуумная дрель-биопсия была выполнена с лечебной целью: удаление образований со 100% эффективностью лечения. В остальных случаях манипуляция выполнялась с диагностической целью.

Из 47 пациенток, с клиническим диагнозом РМЖ, по результатам проведенного гистологического исследования злокачественный процесс выявлен у 45 (96%). В 2-х случаях (5%) – морфологическая картина соответствовала фиброзно-кистозной мастопатии. Из проведенных 13 манипуляций по поводу доброкачественных процессов, гистологически подтвержден диагноз в 100%, при этом 5-ти пациенткам было выполнено полное удаление опухолей, остальным – частичное удаление.

Таким образом, толстоигольная вакуумная дрель-биопсия позволяет полностью удалить доброкачественное образование до 3 см в диаметре, преследуя, одновременно, диагностическую и лечебную цели, что делает возможным отказ от открытых форм биопсий и секторальных резекций. А также, этот метод, обеспечивает забор достаточного количества материала, необходимого для проведения гистологического и иммуногистохимического исследований. Обладает высокой информативностью, позволяя с точностью до 100% верифицировать диагноз.

ЛЕЧЕНИЕ

ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА IV СТАДИИ

Д.Т. Арыбжанов, Н. А. Шаназаров

Южно-Казахстанский ООД, г. Шымкент, Казахстан

В структуре онкологической патологии населения России на него приходится 12,7% всех злокачественных новообразований, а по показателю смертности рак желудка занимает второе место (16,7%). В Республике Казахстан заболеваемость раком желудка составляет 20 на 100000 населения, в структуре онкопатологии рак желудка занимает третье место и составляет 10,3%. Несмотря на динамическое улучшение состояния онкологической помощи в Республике Казахстан отмечается рост лиц с IV стадией заболевания (свыше 40%) и летальности на 1-м году с момента установления диагноза (до 52,5%). Наибольшее число больных к началу лечения имеет местнорегионарное распространение процесса. Основным и, как правило, единственным, вариантом лечения рака желудка является хирургический метод. Однако радикальность большинства операций носит условный характер, что находит свое отражение в неудовлетворительных результатах лечения. Так, в течение 5 лет после радикальных операций 20–50% больных с локализованными (T₁₋₂N₀), 40–90% больных с местнораспространенными опухолями (T₃₋₄N₁₋₂) умирают от прогрессирования заболевания. Пути улучшения отдаленных результатов лечения рака желудка многие авторы связывают с разработкой комбинированных методов лечения.

Лечение больных раком желудка IV стадии представляет собой труднейшую проблему в онкологии. Выбор клинической стратегии в терапии запущенного рака желудка зависит от общего состояния больного и его иммунной системы, от биологических особенностей самой опухоли и степени ее инвазии, от имеющихся в наличии активных противоопухолевых препаратов и иммуномодуляторов [2, 5].

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных раком желудка путем проведения анализа лечебной эффективности различных видов циторедуктивных операций при раке желудка IV стадии по данным Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера.

Материал и методы.

В период 2003-2007 гг. в отделении торакоабдоминальной хирургии Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера оперированы 100 больных по поводу рака желудка IV стадии. У всех больных (100%) на момент операции отмечены единичные метастазы в печени. Из 100 больных 49 (49%) пациентам была произведена циторедуктивная субтотальная дистальная резекция желудка, 31 (31%) циторедуктивная гастрэктомия и 20 (20%) больным произведена

циторедуктивная проксимальная резекция желудка, уровень циторедукции по первичному очагу соответствовал R₀. Общая послеоперационная летальность составила 13%. Летальность после дистальной резекции составила 6,1%, после гастрэктомии 19,3% и после проксимальной субтотальной резекции 20%. При сравнении послеоперационная летальность после гастрэктомии и проксимальной резекции оказалась в 3 раза выше, чем при дистальной субтотальной резекции желудка. Это объясняется различием объема операции при дистальных резекциях желудка и гастрэктомии, а также сложностью хирургической тактики при местнораспространенном проксимальном раке желудка с поражением смежных органов.

В наших наблюдениях из 100 оперированных больных у 38% была экзофитная форма опухоли, у 36% эндофитная форма и у 26% - смешанная форма роста опухоли. При этом в 18% отмечено прорастание опухоли в тело и хвост поджелудочной железы, в 11% - прорастание в поперечно-ободочную кишку, в 4% - прорастание левой доли печени, в 7% - прорастание в ножки диафрагмы, в 13% - прорастание опухоли в ворота селезенки. Летальность в целом при экзофитных опухолях составила 8%, при эндофитных формах 16,4%, при смешанной - 17,6%. Эндофитная и смешанная формы рака в прогностическом отношении оказались неблагоприятными факторами. Высокая летальность при этих формах опухоли объясняется тем, что происходит прорастание опухоли в смежные органы, а также процесс носит более распространенный характер, чем при экзофитном росте опухоли. Анализ послеоперационной летальности показал, что основной причиной смерти в послеоперационном периоде явились сердечно-легочная недостаточность (у 38,5% больных из 13) и послеоперационный панкреатит с переходом в панкреонекроз (у 38,5% из 13 больных), затем послеоперационное кровотечение с развитием ДВС (15,3% больных из 13) и один больной умер от недостаточности швов анастомоза с последующим развитием разлитого гнойного перитонита.

Результаты и их обсуждение.

Для изучения отдаленных результатов циторедуктивных операций проанализированы истории болезни и амбулаторные карты всех 100 больных, которые наблюдались нами в течение всей их жизни после операции. Результаты изучения годовой летальности показала, что летальность больных в течение 1 года (включая и послеоперационную летальность) составила 17% (умерло 17 больных). Наибольшая летальность отмечалась на втором году после операции - 26% (умерло 26 больных из них 7 после дистальной

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 удается 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 поражениях 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