

онном режиме, количество лучевых реакций было больше, но определялось курсовой дозой облучения. Так, у больных, получивших ЛТ в пределах толерантности нормальных тканей (≤ 65 Гр), наблюдалась гиперемия кожи у 2 пациентов (11 %) и у 1 пациента (5,5 %) развился постлучевой неврит. В подгруппе больных с курсовой дозой >65 Гр гиперемия кожи наблюдалась у 3 больных (8,3 %), а также отмечены более серьезные осложнения: лучевая язва в 2 наблюдениях (5,5 %), постлучевой неврит – в 3 (8,3 %), в 2 (5,5 %) случаях – остеодистрофия, которая в поздние сроки привела к патологическому перелому кости.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ В ЛЕГКИЕ ОПУХОЛЕЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

А.В. ЖУКОВ, В.В. ДВОРНИЧЕНКО, В.Г. ЛАЛЕТИН, А.А. МЕНГ

Кафедра онкологии ГОУ ДПО ИГИУВа, г.Иркутск.

Кафедра госпитальной хирургии с курсом онкологии ГОУ ВПО ИГМУ

Одними из наиболее часто встречающихся злокачественных поражений являются опухоли пищеварительной системы. До 70 % из них на момент выявления находятся в распространенных стадиях. Часто при лечении локальных форм онкозаболеваний в различные сроки возникает генерализация процесса. Одним из проявлений распространенного опухолевого процесса являются отдаленные метастазы. Очень часто такому поражению подвержены легкие. Удаление очагов из легкого, часто сочетаемое с радиотерапией и химиотерапией, позволяет добиться продления жизни пациентов, а у некоторых даже приводит к выздоровлению.

В Иркутском областном онкологическом диспансере в течение 30 лет проводится хирургическое удаление метастазов из легких. На сегодняшний день такое лечение проведено у 72 пациентов, из них 18 (25 %) пациентов оперировано по поводу метастазов опухолей ЖКТ, в основном колоректальных. Женщин было 13 (72 %), мужчин – 5 (28 %). Средний возраст составлял 63,5 года. Средний срок от момента лечения первичной опухоли до момента выявления метастазов в легких – 37,5 мес, причем

Выводы. Существенных различий в течении послеоперационного периода в анализируемых группах не наблюдалось. Предоперационная лучевая терапия не оказывает отрицательного влияния на характер послеоперационных осложнений, которые в большей степени были обусловлены хирургической травмой. Количество лучевых реакций при использовании курсовых доз в пределах толерантности нормальных тканей не зависит от режима проводимой лучевой терапии. Однако превышение курсовой дозы >65 Гр приводит к развитию таких осложнений, как лучевая язва и остеодистрофия.

у мужчин сроки появления метастазов – около 15 мес. У половины пациентов симптомов поражения легких не было, и выявление метастазов произошло при комплексном обследовании после радикального лечения первичной опухоли. 9 пациентов обратились к врачу при появлении симптоматики, чаще всего кашля, одышки и кровохарканья (в 2 случаях). Основным методом выявления метастазов в легкие был рентгенологический. Для уточнения количества и расположения очагов применяли КТ грудной клетки. При планировании метастазэктомии проводится комплексное обследование пациентов, включая область первичной опухоли для исключения признаков рецидива. Морфологическое подтверждение метастатической опухоли в легких удается получить у половины пациентов. У 6 – при помощи бронхоскопии, у 3 – при трансторакальной пункции под КТ- или УЗ-наведением. Интересной особенностью метастазов опухолей колоректальной локализации является то, что в подавляющем большинстве имелся единственный очаг поражения в легких. Средний размер составил 4,5 см, (от 2 до 9 см). Это позволяет выполнять в основном органосох-

ранние вмешательства на легких. У 1 пациента выполнена пневмонэктомия, у 3 – сублобарные резекции, в остальных случаях – лобэктомии. Поражения внутригрудных лимфоколлекторов, причем как интраоперационно, так и при последующем морфологическом исследовании, в большинстве случаев не зарегистрировано. Послеоперационный период у большинства оперированных пациентов протекал без осложнений. Учитывая единичность поражения легких, в большинстве случаев не проводилось дополнительного противоопухолевого лечения. Только у 4 пациентов при выявлении опухолевой диссеминации после метастазэктомии в сроки от 6 мес до 2,5 года проводилось лекарственное противоопухолевое лечение.

Все пациенты прослежены после удаления метастазов опухолей органов ЖКТ. От прогрессирования опухолевого процесса умерли 10 (55,5 %) больных, средний срок от момента

операции – 21,5 мес; 3 (16,7 %) – скончались от не связанных с опухолями причин в срок – 30 мес; 5 (27,8 %) пациентов живы и наблюдаются с сроки от 6 мес до 7 лет и не имеют признаков опухолевого поражения.

Проведенный анализ лечения пациентов с метастатическим поражением легких у больных, ранее пролеченных по поводу опухолей пищеварительной системы, демонстрирует необходимость выполнения хирургического лечения по поводу метастазов. Существующее мнение среди врачей, включая онкологов, об исключительной фатальности при появлении метастазов, а также о ненужности дальнейшего наблюдения за пациентами, ранее пролеченными по поводу злокачественных опухолей, в настоящее время не актуально. Мы также надеемся на улучшение результатов метастазэктомии с появлением новых схем лекарственного противоопухолевого лечения.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.Р. ЖУМАБАЕВ, Н. М. МАМАСОВ, Ч.Д. РЫСПЕКОВА

Ошский межобластной центр онкологии при МЗ КР, г.Ош, Кыргызская Республика

Одной из основных задач современной онкологии является улучшение специализированной медицинской помощи. Не является исключением в этом аспекте хирургическое лечение рака щитовидной железы (РЩЖ).

Под наблюдением и лечением находился 121 больной РЩЖ, из них мужчин – 49 (40,4 %), женщин – 72 (59,5 %). Лечение проведено 118 больным, 3 пациентам лечение было не показано из-за распространенности опухолевого процесса. Комбинированное лечение осуществлено 57 (48,3 %) пациентам, 58 (49,1 %) больным в послеоперационном периоде проведена дистанционная гамма-лучевая терапия (ДГЛТ), полихимиотерапия – 3 (2,5 %). По системе TNM больные распределились следующим образом: $T_{1-2}N_0M_0$ – 20 (16,5 %) пациентов; $T_{2-3}N_{0-2}M_0$ – 57 (47,1 %); $T_{3-4}N_{0-3}M_0$ – 51 (42,1 %). Гистологическая структура опухолей: папиллярный рак выявлен у 44,4 % больных, фолликулярный – у 31,1 %, недифференцированный РЩЖ – у

3 больных, и по 1 случаю зарегистрированы умереннодифференцированная аденокарцинома, фибросаркома, плоскоклеточный ороговевающий рак. Продолженный рост в области первичного очага отмечен у 6 (4,9 %) больных, по поводу чего им проведено повторное лечение. Оперативные вмешательства выполнены 4, ДГЛТ – 2 пациентам. Из них через год умер 1 больной.

Отдаленные метастазы зарегистрированы у 12 (9,9 %) пациентов: в печени – у 2, в лимфоузлах – у 1, в костях – у 4, в легких – у 5, из них через один год после лечения – у 10 больных. Рецидив в области первичного очага через 2–10 лет отмечен у 5 (4,1 %) больных, в связи с чем всем пациентам выполнены повторные операции (ранее они были оперированы в лечебных учреждениях общей лечебной сети). В течение 5 лет рецидивы РЩЖ в регионарных лимфатических узлах шеи отмечены у 9 (7,4 %) больных. Все они получили повторное лечение,