



Медицина в Кузбассе

MEDICINE
in Kuzbass

Рецензируемый научно-практический журнал
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
А.Я. ЕВТУШЕНКО

Учредитель:

НП «ИД Медицина
и Просвещение»

Адрес:

г. Кемерово, 650066,
пр. Октябрьский, 22
Тел./факс: (3842) 39-64-85
E-mail: m-i-d@mail.ru
www.medpressa.kuzdrav.ru

Директор:

А.А. Коваленко

Научный редактор:

Н.С. Черных

Макетирование:

И.А. Коваленко

Издатели:

ГБОУ ВПО «Кемеровская
государственная медицинская
академия» Минздрава России

Департамент охраны здоровья
населения Кемеровской области

Издание зарегистрировано в
Сибирском окружном межрегиональном
территориальном управлении
Министерства РФ по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых
коммуникаций.

Свидетельство о регистрации
№ ПИ 12-1626 от 29.01.2003 г.

Отпечатано: 18.03.2015

ООО «ТД «Азия-Принт», 650004
г. Кемерово, ул. Сибирская, 35-А

Тираж: 300 экз.

Распространяется по подписке
Подписной индекс **60358** в каталоге
русской прессы «Почта России»

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Ивойлов В.М.,
Золоев Г.К., Колбаско А.В., Калентьева С.В. – ответ-
ственный секретарь, Михайлуц А.П., Попонникова Т.В.
– зам. главного редактора, Чурляев Ю.А.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово),
Баранов А.И. (Новокузнецк), Баттакова Ж.Е. (Караганда,
Казахстан), Брусина Е.Б. (Кемерово), Брюханов В.М.
(Барнаул), Глушков А.Н. (Кемерово), Ельский В.Н.
(Донецк, Украина), Ефремов А.В. (Новосибирск),
Захаренков В.В. (Новокузнецк), Копылова И.Ф.
(Кемерово), Новиков А.И. (Омск), Новицкий В.В. (Томск),
Подолужный В.И. (Кемерово), Рыков В.А. (Новокузнецк),
Селедцов А.М. (Кемерово), Сергеев А.С. (Кемерово),
Тё Е.А. (Кемерово), Устьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий),
Царик Г.Н. (Кемерово), Чеченин Г.И. (Новокузнецк),
Шраер Т.И. (Кемерово), Elgudin Y. (Эльгудин Я.) (Кливленд,
США), Vaks V.V. (Вакс В.В.) (Лондон, Великобритания).

АДРЕС РЕДАКЦИИ

650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22А
E-mail: kemsma@kemsma.ru

Решением Президиума Высшей аттестационной комиссии Министерства
образования и науки России от 19 февраля 2010 года № 6/6 журнал включен
в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых
должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций
на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук

Журнал входит в Российский Индекс Научного Цитирования

Обязательные экземпляры журнала находятся в Российской Книжной Палате,
в Федеральных библиотеках России
и в Централизованной Библиотечной Системе Кузбасса

Материалы журнала включены в Реферативный Журнал и Базы данных ВИНТИ РАН

Розничная цена договорная

Спецвыпуск № 1 - 2015

Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 1-2015: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА. Материалы межрегиональной научно-практической конференции, г. Кемерово, 26-27 марта 2015 г. – Кемерово: ИД «Медицина и Просвещение», 2015. – 46 с.

В спецвыпуске журнала представлены материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной современным аспектам диагностики и лечения колоректального рака.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ ВЫПУСКА:

Силинская Н.В.
Вихлянов И.В.
Жаркова О.В.
Магарилл Ю.А

Спонсоры конференции:

ООО «МЕРК»
ООО «ИПСЕН»
ООО «МСД»
ПАО «ВЕРОФАРМ»

© НП Издательский Дом «Медицина и Просвещение», 2015 г.

Воспроизведение полностью или частями на русском и других языках разрешается по согласованию с редакцией

Полнотекстовая электронная версия издания доступна в Интернет по адресу WWW.MEDPRESSA.KUZDRAV.RU



СТАРИНСКИЙ В.В., ПЕТРОВА Г.В., ГРЕЦОВА О.П.
*МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России,
г. Москва*

ПОКАЗАТЕЛИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ В РОССИИ

В последние годы в мире, по данным Международного агентства по изучению рака (МАИР-IARC), наблюдается значительный рост заболеваемости колоректальным раком (КРР). В мире выявляется более 1,3 млн. случаев КРР в год – 9,7 % в структуре заболеваемости (без учета немеланомных опухолей кожи), что соответствует 3 ранговому месту. Стандартизованный (по мировому стандарту возрастного распределения населения) показатель заболеваемости КРР в мире в 2012 г. составил 17,2, в России 24,5 на 100 тыс. населения.

Ежегодно в мире регистрируется около 700 тыс. случаев смерти от КРР. В структуре смертности это соответствует 4 ранговому месту (8,5 %). Стандартизованный показатель смертности в мире составил 8,4, в РФ – 14,5 на 100 тыс. населения.

В России, как и в большинстве стран мира, отмечается неуклонный рост заболеваемости КРР. Удельный вес рака ободочной кишки в структуре онкологической заболеваемости в 1996 г. составлял 6,1 % всех ЗНО, исключая кожу, без меланомы, в 2004 г. – 7,0 %, в 2013 г. – 6,5 %, удельный вес рака прямой кишки – 5,0 %, 5,5 %, 4,9 %, соответственно.

В 2013 г. выявлено 61142 случаев КРР (1996 г. – 41899), из них 44,7 у мужчин. В возрасте старше 60 лет выявлено 74,1 % случаев. Соотношение случаев рака ободочной и прямой кишки составляет 1,3 : 1.

На конец 2013 г. на учете в онкологических учреждениях России находились 308266 больных КРР (1996 г. – 150900), из них 49,9 % пять лет и более (1996 г. – 45,7 %).

В среднем по России в 2013 г. выявлены активно только 11,7 % и 5,6 % больных раком прямой и ободочной кишки, соответственно (в 1996 г. – 5,8 % и 1,4 %).

В 2013 г. у 44,6 % больных КРР выявлен в I-II стадии (1996 г. – 23,0 %), у 26,6 % – в III стадии (1996 г. – 40,1 %), у 25,9 % – в IV стадии (1996 г. – 30,4 %).

Среднероссийский показатель одногодичной летальности при КРР составляет 27,2 %.

Риск развития КРР в течение жизни до 75 лет составил в 2013 г. 3,0 % (1996 г. – 2,4 %), в возрастной группе 0-59 лет – 0,75 %, 0-69 лет – 2,1 %, 0-79 лет – 4,1 %.

Риск умереть от КРР в возрасте до 75 лет составил в России в 2011 г. 1,7 % (в 1996 г. – 1,7 %).



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В СИБИРИ И НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ

По данным Международного агентства по изучению рака, в мире ежегодно регистрируется более 1 млн. 360 тыс. случаев колоректального рака. Наибольшая заболеваемость отмечается в странах Северной Америки, Южной и Западной Европы. Ниже показатели в странах Азии и Африки. В России в структуре онкозаболеваемости колоректальный рак опережает рак легкого при ежегодном увеличении числа больных.

Цель исследования - изучить территориальные особенности распространения колоректального рака (C18, 19-21) среди населения региона Сибири и Дальнего Востока (СДВ) за четырнадцатилетний период (2000-2013 гг.).

Материалы и методы. Информационной основой послужили данные официальной учетно-отчетной медицинской документации специализированных учреждений региона: формы № 7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями» и данные Федеральной службы государственной статистики РФ о численности населения, проживающего на территориях региона. Анализ эпидемиологической ситуации осуществлялся по экстенсивным, интенсивным, стандартизованным показателям, рассчитанным прямым (мировой стандарт) методом. Статистическая обработка материала проводилась с применением прикладных компьютерных программ.

Результаты. В 2013 году в регионе (без Чукотского АО) было зарегистрировано 95825 человек с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования, из них в 927 случаях (55,7 % у женщин и 44,3 % у мужчин) был выявлен колоректальный рак (КРР), т.е. практически у каждого десятого больного. В 2013 г., по сравнению с 2000 г., отмечался рост числа заболевших на 33,4 %. У мужчин этот по-

казатель (38,4 %) выше, чем у женщин (29,7 %). Среди лиц моложе 60 лет темпы прироста числа заболевших больше, чем у лиц более старшего возраста: у мужчин он равен 53,0 %, у женщин — 38,6 %. В 2013 г. удельный вес КРР в структуре онкологической заболеваемости населения региона составил 10,4 % (рак легкого — 12,5 %), что ниже, чем в среднем по РФ (11,4 %). Доля КРР у женского населения (10,7 %) несколько выше аналогичного показателя у мужчин (9,9 %). Стандартизованный показатель заболеваемости в СФО составил $24,7 \pm 0,3$, в ДВФО — $23,9 \pm 0,5$ на 100 тыс. населения (СДВ — $24,5 \pm 0,3$). Среди административных территорий высокий уровень заболеваемости КРР отмечался в Иркутской области ($31,3 \pm 1,0$), Сахалинской ($30,2 \pm 2,1$) областях и Камчатском крае ($30,1 \pm 2,6$), низкий — в республиках Тыва ($8,7 \pm 1,8$) и Забайкальском крае ($16,5 \pm 1,1$). С 2000 по 2013 гг. показатель заболеваемости (на оба пола) в популяции региона увеличился на 19,2 %, в СФО — на 19,6 %, ДВФО — на 17,2 %. Риск развития КРР в течение жизни (0-85 года) среди населения региона в 2013 г. составил 5,9 %. Для женщин он ниже (5,2 %), чем для мужчин (7,4 %).

Таким образом, проблема колоректального рака для населения региона Сибири и Дальнего Востока является весьма актуальной в связи с ростом заболеваемости, как в мужской, так и в женской популяциях. Для улучшения показателей ранней диагностики заболевания необходимо проводить широкую санитарно-просветительную работу среди населения, повышать качество профилактических осмотров в общей лечебной сети и квалификацию врачей первичного контакта в плане ранней диагностики как злокачественных новообразований, так и предраковых заболеваний.



АНАНИНА О.А., ПИСАРЕВА Л.Ф., ОДИНЦОВА И.Н., ЖУЙКОВА Л.Д.
Томский НИИ онкологии,
г. Томск

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ НАСЕЛЕНИЯ АДМИНИСТРАТИВНЫХ ЦЕНТРОВ СИБИРИ И ДАЛЬНОГО ВОСТОКА

Актуальность. В экономически развитых странах колоректальный рак является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей. В мире в структуре онкологической заболеваемости он занимает третье место.

Цель исследования - изучить заболеваемость колоректальным раком (С18, С19-21) населения, проживающего в административных центрах региона Сибири и Дальнего Востока.

Материал и методы. Исследование проводилось в 20 городах — административных центрах региона. Рассчитывался стандартизованный показатель на 100 тыс. населения (СП, мировой стандарт, ‰_{0000}) в целом за период с 1998 по 2012 г. и темп прироста показателя с 1998 по 2012 г. Применен регрессионный и кластерный анализ.

Результаты. Стандартизованный показатель заболеваемости на оба пола колоректальным раком варьировал от $16,0 \pm 1,1 \text{ ‰}_{0000}$ в Кызыле до $35,9 \pm 1,5 \text{ ‰}_{0000}$ в Магадане. Средний СП по всем центрам региона составил $27,8 \pm 0,1 \text{ ‰}_{0000}$. Заболеваемость среди мужчин выше, чем у женщин. Средний показатель по всем центрам региона у мужского населения составил $33,8 \pm 0,2 \text{ ‰}_{0000}$, у женского — $24,9 \pm 0,1 \text{ ‰}_{0000}$. В динамике наблюдался рост СП с $24,9 \pm 0,2 \text{ ‰}_{0000}$

(1998-2002 гг.) до $29,8 \pm 0,2 \text{ ‰}_{0000}$ (2008-2012 гг.) с темпом прироста 19,5 %. Наибольший прирост зарегистрирован в Абакане (67,3 %) и Владивостоке (35,1 %). По прогнозу в 2020 г. СП заболеваемости колоректальным раком в административных центрах в целом может увеличиться до $35,0 \text{ ‰}_{0000}$ ($p = 0,000$). С помощью кластерного анализа выявлены города с повышенным и пониженным онкологическим риском развития колоректального рака. В группу городов с повышенным онкологическим риском вошли: Магадан, Благовещенск, Красноярск, Южно-Сахалинск, Новосибирск, Иркутск, Омск, Барнаул; в группу пониженного онкологического риска: Кызыл, Абакан, Петропавловск-Камчатский, Биробиджан, Улан-Удэ, Хабаровск, Томск, Кемерово, Якутск, Владивосток, Чита, Горно-Алтайск.

Выводы. За исследуемый период отмечается рост заболеваемости колоректальным раком населения административных центров региона. Наименьший показатель заболеваемости наблюдался в Кызыле, наибольший — в Магадане. Методом кластерного анализа, выявлены административные центры региона Сибири и Дальнего Востока с повышенным и пониженным онкологическим риском развития колоректального рака.



ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ НАСЕЛЕНИЯ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

Колоректальный рак (КРР), включающий злокачественные новообразования (ЗНО) ободочной и прямой кишок, имея тенденцию к росту заболеваемости, в настоящее время попадает в группу наиболее распространенных локализаций. Исследования показали, что существенную роль в образовании КРР играют экзогенные факторы, что, в свою очередь, формирует на тех или иных территориях, в силу разнообразия их этнических и природных характеристик, своеобразную ситуацию в отношении этого заболевания. В определенной мере это относится и к Приморскому краю.

Цель исследования - выявление особенностей заболеваемости КРР населения Приморского края в динамике за 15-летний период.

Материал и методы исследования. Информацией послужил банк данных о больных с впервые выявленными случаями рака ободочной (РОК) и прямой (РПК) кишок в Приморском крае за 1994-2008 гг., созданный на основе медицинской документации в Приморском краевом онкологическом диспансере. Использованы методы математической статистики, применяемые при эпидемиологических исследованиях, рекомендованные МЗ России. Анализировались интенсивные (ИП) и стандартизованные по мировому стандарту (СП) показатели заболеваемости на 100 тыс. населения ($^0/_{0000}$). Динамика уровней заболеваемости оценивалась изучением погодных показателей и сравнением средних уровней по трем пятилетним периодам: 1994-1998, 1999-2003 и 2004-2008 гг.

Результаты. В структуре онкологической заболеваемости доля КРР со временем растет, увеличиваясь с 6,8 % у мужчин и 8,0 % у женщин в 1994-1998 гг. до 8,6 % и 10,1 %, соответственно, в 1999-2003 гг., занимая 4-ю ранговую позицию у мужчин в том и другом случае (после рака легкого, желудка и кожи), и переместившись с 4-й на 3-ю позицию у женщин (после рака молочной

железы и кожи). При этом к третьей пятилетке и РОК (4,3 %), и РПК (4,3 %) поделили между собой 6 и 7-е места у мужчин, и 6-е (5,9 %) и 9-е (4,2 %) места у женщин.

За исследуемый период отмечен рост уровней заболеваемости КРР. Так, в Приморском крае заболеваемость КРР у мужчин за время между периодами 1994-1998 и 2004-2008 гг. выросла на 59,4 %, в том числе РОК на 63,8 %, достигнув к 2004-2008 гг. уровня $13,6 \pm 1,1 ^0/_{0000}$, а РПК — на 55,2 % ($13,5 \pm 1,1 ^0/_{0000}$). В то же время, у женщин заболеваемость КРР выросла на 63,1 %, в том числе РОК на 71,2 % ($18,6 \pm 1,2 ^0/_{0000}$), РПК — на 51,7 % ($13,2 \pm 1,1 ^0/_{0000}$).

КРР у женского населения Приморского края встречается чаще, чем у мужского. Однако происходит это только за счет РОК, который у женщин встречался на 18,9-36,8 % чаще, при том, что соотношение заболеваемости РПК практически одинаково.

Отмечено постарение больных РОК: средний возраст мужчин от $62,9 \pm 1,1$ лет в первой пятилетке до $64,1 \pm 0,9$ лет — в третьей; женщин от $64,5 \pm 1,0$ до $66,4 \pm 0,7$, соответственно, при том, что для женщин при РОК характерен более старый средний возраст. Что касается РПК, то у мужчин средний возраст составил $64,1 \pm 0,5$ лет, у женщин $64,2 \pm 0,6$ лет и существенного изменения в динамике за время исследования не выявлено ни в том, ни в другом случае.

СП заболеваемости КРР составили в 2004-2008 гг. для РОК: $12,1 ^0/_{0000}$ у мужчин и $10,5 ^0/_{0000}$ у женщин, для РПК 11,8 и $7,6 ^0/_{0000}$, соответственно, что было ниже средних по РФ в 2008 г. (РОК — 15,1 и $12,5 ^0/_{0000}$; РПК — 13,7 и $8,5 ^0/_{0000}$).

Выводы. Полученные оценки следует учитывать при планировании лечебных и профилактических мероприятий в отношении КРР в условиях Приморского края.



ТКАЧЕНКО Е.В., ПОЛТОРАЦКИЙ А.Н.
ФГБУ НИИ онкологии им. Петрова,
г. Санкт-Петербург

ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА КЛИНИЧЕСКИЙ ВЫБОР ВРАЧА В ВОПРОСАХ НАЗНАЧЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТОВ

Актуальность. Качество организации онкологической помощи является одним из бесспорных факторов в достижении эффективности онкологической помощи в целом. В последние годы расширяются возможности онкологической помощи пациентам старших возрастов. Однако разнообразие возраст-ассоциированные состояния повышают риски помощи. В связи с этим перспективным является разработка и научное обоснование возраст-ориентированной модели оказания онкологической помощи пациентам пожилого и старческого возраста.

Цель работы — оценить влияние характера организации медицинской помощи на клинический выбор врача в вопросах назначения специального лечения при онкологической патологии у пациентов разных возрастов.

Материал и методы. Проведен социально-гигиенический анализ онкологической помощи 104 пациентам среднего возраста и 122 пациентам пожилого и старческого возраста.

Результаты и их обсуждение. Изучая организационные аспекты, мы выявили, что на конечное решение врача достоверно ($p < 0,05$) влияли такие факторы как поздняя обращаемость пациентов, несвоевременная диагностика, отказ пациента от специальной терапии. При этом у пациентов пожилого и старческого возраста позднее обращение имело место в 37 из 122 случаев (30,3 %), несвоевременная диагностика — в 36 случаях (29,5 %), отказ пациента от терапии — в 8 случаях (6,6 %). У пациентов среднего возраста позднее обращение имело место в 23 из 104 случаев (22,1 %), несвоевременная диагностика — в

9 случаях (8,7 %), отказ пациента от терапии — в 6 случаях (5,8 %). Такие позиции, как позднее обращение пациентов и несвоевременная диагностика, достоверно чаще встречались и имели достоверно большее влияние на клиническое решение врача у пациентов старших возрастных групп, чем у пациентов среднего возраста.

Статистический анализ организационных факторов, влияющих на клиническое решение врача о специальной терапии онкологические пациенты, показал следующее.

У пациентов среднего возраста поздняя обращаемость имела факторную нагрузку 0,665, несвоевременная диагностика — 0,578, отказ пациента от терапии — 0,318.

У пациентов пожилого и старческого возраста поздняя обращаемость имела факторную нагрузку 0,857 ($p < 0,05$ по сравнению с пациентами среднего возраста), несвоевременная диагностика — 0,838 ($p < 0,03$ по сравнению с пациентами среднего возраста), отказ пациента от терапии — 0,314 (достоверных отличий с пациентами среднего возраста не было выявлено).

Заключение. При организации медицинской помощи на клинический выбор врача в вопросах назначения специального лечения важное значение имеют клинико-организационные факторы. Достоверными из них являются: поздняя обращаемость пациентов за медицинской помощью, несвоевременная диагностика патологии, отказ пациентов от специальной терапии. Причем первые два фактора в пожилом и старческом возрасте имеют еще большее значение по сравнению с пациентами среднего возраста.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ 3-Х ИММУНОФЕРМЕНТНЫХ КОПРО-ТЕСТОВ (hHb, hHb/Нр и fTu M2-РК) ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Актуальность. Колоректальный рак (КРР) занимает одно из лидирующих мест в структуре онкологической заболеваемости и смертности в мире. При разработке программ активного выявления КРР определенные перспективы связаны с иммунологическими копро-тестами, выявляющими скрытую кровь в кале по гемоглобину человека (hHb) или комплексу hHb с гаптоглобином (hHb/Нр), а также по метаболическому опухолевому антигену - опухолевой форме пируваткиназы М2-типа (fTu M2-РК).

Цель исследования - провести сравнительный анализ диагностической чувствительности трех копро-тестов как этапа формирования лабораторного алгоритма выявления групп риска наличия КРР и других социально значимых заболеваний органов ЖКТ.

Материалы и методы. С помощью твердофазного иммуноферментного метода исследовано содержание hHb, hHb/Нр и fTu M2-РК в кале 486 человек: 91 условно здорового донора; 170 первичных больных КРР (20 человек – с I ст., 49 – со II ст., 85 – с III ст. и 26 с IV стадией опухолевого процесса); 121 – раком желудка (РЖ) (1 – с 0 ст., 25 – с I ст., 20 – со II ст., 30 – с III ст. и 45 – с IV стадией опухолевого процесса); 10 больных раком пищевода (РП), 64 – с неспецифическим язвенным колитом (НЯК), а также 20 пациентов с полипами толстой кишки. В работе использованы следующие значения дискриминационных уровней маркеров: hHb – 2,0 мкг/мл, hHb/Нр – 0,5 мкг/мл, fTu M2-РК – 4,0 ед/мл.

Результаты. Тест-системы, выявляющие в кале hHb и hHb/Нр, обладали высокой и сходной чувствительностью для КРР (89,5 % и 87,9 %, соответственно) и НЯК (79,0 % и 71,9 %). Частота превышения порогового уровня hHb и hHb/Нр у больных РЖ составила 51,2 %

и 43,8 %, соответственно. В то же время, у 80 % больных РП и полипами кишки уровни этих маркеров оставались в пределах нормы. Маркеры hHb и hHb/Нр обладали высокой специфичностью в отношении доноров (95,3 % и 97,6 %, соответственно). Анализ корреляции между hHb и hHb/Нр при КРР свидетельствует о взаимозаменяемости тестов. Чувствительность fTu M2-РК для КРР составила 79,2 %, НЯК – 68,3 %, РЖ – 51,2 %, РП – 50,0 %. Специфичность fTu M2-РК в отношении доноров была равна 94,7 %. Частота превышения порогового значения hHb при всех TNM-стадиях КРР была близка и сравнительно высока – 80,0-94,6 %. То есть, микрокровотечения из опухоли примерно с равной частотой выявляются при всех TNM стадиях КРР, что обосновывает значимость применения hHb-теста для выявления скрытой крови уже на ранних стадиях КРР. Доля случаев превышения ДУ для hHb при всех стадиях РЖ также достоверно не различалась, несколько возрастая с увеличением глубины инвазии опухоли: 31,6 % (T0-1) → 52,2 % (T2) → 53,5 % (T3) → 62,5 % (T4). Если считать позитивным случаем повышение хотя бы одного маркера в паре (hHb и fTu M2-РК), то чувствительность лабораторного копро-анализа возрастает для КРР – 95,0 %, НЯК – 83,6 % и РЖ – 69,0 % при специфичности 91,3 %.

Выводы. Сравнительный анализ трех копро-тестов (hHb, hHb/Нр и fTu M2-РК) показал, что оптимальным сочетанием для формирования группы риска по наличию КРР является определение в кале уровней hHb и fTu M2-РК. Повышение хотя бы одного маркера из пары, служит основанием для включения данного пациента в группу риска и требует дообследования всего ЖКТ, т.к. не исключает, кроме КРР, наличия спектра других клинически значимых заболеваний органов пищеварительной системы.

ВОЗМОЖНОСТИ УВЕЛИЧИТЕЛЬНОЙ И УЗКОСПЕКТРАЛЬНОЙ
ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

По данным исследований, в мире с каждым годом отмечается рост заболеваемости и смертности от рака толстой кишки (РТК). Улучшение результатов диагностики на ранних стадиях опухолевого процесса возможно только при использовании комплекса современных методов эндоскопического исследования, выявления и мониторинга аденом толстой кишки. Современные эндоскопы с высокой разрешающей способностью (HD – high-definition), а также с функцией узкоспектрального режима с увеличением в 115 раз (ME-NBI), аутофлюоресценции (AFI) позволяют существенно повысить результаты диагностики раннего КРР.

Цель работы – оценить диагностические возможности видеоколоноскопии в выявлении полипов толстой кишки с применением увеличительной и узкоспектральной эндоскопии с учетом морфологической структуры.

Материалы и методы. В нашей работе представлены результаты обследования и лечения 179 пациентов в эндоскопическом отделении Томского НИИ онкологии за период 2013-2014 гг. с полипами толстой кишки, а также полиповидными образованиями, визуализирующимися в зоне анастомоза после оперативных вмешательств по поводу рака толстой кишки. Полипы обнаруживались при плановом обследовании онкологических больных с первичным опухолевым процессом различных локализаций, в том числе при раке толстой кишки. Эндоскопические манипуляции проводились на видеоэндоскопической системе EVIS EXERA II с применением инструментов фирмы Olympus, с возможностью увеличения и функции узкого спектра CF-180. Дополнительные функции позволяли точно визуализировать границы полипа, сосудистый рисунок. Средний возраст составил $57,6 \pm 6,4$ лет, среди пациентов преобладали женщины. Для визуальной оценки

изменений сосудистого и ямочного рисунков использовали классификация рельефа поверхности (pit pattern) по Kudo.

Результаты исследования. Комбинированное применение увеличительной в 115 раз и NBI эндоскопии структурных изменений ямочного рисунка (pit pattern) слизистой оболочки позволило провести сравнение с морфологической структурой полипа. При плановом эндоскопическом обследовании найдено 298 полипов. При визуальной оценке из 298 полипов в 250 случаях у пациентов определялись круглые либо астероидные ямки, что соответствует аденоматозной структуре полипа без дисплазии. Гистологическое исследование во всех случаях подтвердило эндоскопический диагноз. В 48 случаях при видеогастроскопии визуализировались маленькие тубулярные или круглые ямки и тубулярные и маленькие вытянутые ямки, что позволило заподозрить дисплазию. Гистологическое исследование выявило дисплазию первой степени в 11 (4 %) случаях, в 8 (3 %) случаях выявлялись тубулярные аденомы с дисплазией второй степени, 10 (3,5 %) полипов имели структуру тубулярной аденомы с дисплазией третьей степени, 4 (1,3 %) полипа имели тубулярно-ворсинчатое строение с фокусами аденокарциномы. В 15 случаях эндоскопический диагноз диспластических процессов не подтвердился морфологическим исследованием.

Выводы. Новые методики увеличительной и узкоспектральной эндоскопии позволяют детально исследовать минимальные изменения слизистой оболочки пищеварительного тракта. Высокая специфичность и чувствительность в диагностике структурных изменений тканей при ранних формах рака и предраковых изменениях эпителия толстой кишки позволяют считать эти методики «оптической биопсией».

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ 3D КТ-ТОПОМЕТРИИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Актуальность. Для обеспечения оптимального лучевого воздействия на опухолевый очаг используется высокоточная топометрия с последующим расчетом на основе полученных топографо-анатомических данных поглощенных доз в первичном очаге и путях метастазирования, близлежащих тканях, критических органах. Кроме этого, необходимо обеспечить максимально возможную защиту близлежащих здоровых тканей. Наиболее часто используемая при планировании лучевой терапии рака прямой кишки рентгенометрия с применением масштабных сеток и рентгеноконтрастных меток обладает рядом недостатков: неточность получаемых данных; применение в расчетах поправочных коэффициентов; недостаточная визуализация мягкотканного компонента патологического очага. В 2014 году, в связи с выполнением федеральных программ «модернизация» и «онкология», в отделе лучевой диагностики ГБУЗ КО ОКОД был смонтирован специализированный рентгеновский компьютерный томограф, с широкой апертурой гентри, со специальной системой лазерных меток, специализированным программным обеспечением и устройствами фиксации пациента, позволяющий освоить и внедрить новый метод высокоточной 3D КТ-топометрии любой области человеческого тела.

Материалы и методы. На первом этапе определяется ориентировочный уровень расположения первичного очага с использованием линейных лазерных лучей в трех плоскостях, с нанесением на кожу пациента меток маркером на перекресте лучей, с размещением в данных зонах металлических меток (шарики диаметром 1 мм). Далее проводится обычная рентгеновская компьютерная томография области таза, с получением аксиальных срезов, толщиной 3-4 мм. После этого на персональном компьютере, с использованием специального программного обеспечения, врач-рентгенолог совместно с радиотерапевтом выполняет послыйное оконтуривание первичного очага, либо зоны анастомоза (GTV-T), зоны реги-

онарного лимфооттока (GTV-N) и органов риска - мочевого пузыря, предстательная железа, тело и шейка матки (OR). Данные области выделяются разными цветами, что позволяет рассчитывать поглощенную дозу в каждом интересующем объеме. Далее компьютерная программа реконструирует реальную 3D-модель конкретного пациента. Полученная информация поступает к медицинским физикам, где согласно этой модели подбирается наиболее точный вариант распределения изодозы. Поскольку в основе данного вида топометрии лежит компьютерная томография, имеется возможность оценки состояния органов и структур зоны сканирования, в том числе с использованием болюсного контрастирования, что позволяет оценить распространенность процесса, наличие возможных метастатических очагов, давая возможность в реальном времени корректировать план лечения.

Результаты. С применением методики 3D КТ-топометрии в 2014 году было пролечено 1310 пациентов, из них 83 (6,3 %) с колоректальным раком. Всем пациентам была проведена КТ-топометрия по данной методике с построением индивидуальной трехмерной модели, что позволило у всех пациентов существенно улучшить распределение поглощенной дозы в первичном очаге с минимальной лучевой нагрузкой на здоровые органы и ткани, исключить скрытые при обычной рентгенометрии «горячие» зоны в области соседних пучков излучения.

Выводы. Результаты проводимой в ОКОД методики 3D КТ-топометрии в комплексе с применением индивидуальных фиксирующих устройств, для лучевой терапии на линейных ускорителях электронов с многолепестковым коллиматором, позволили не только проводить все современные методики лучевой терапии (IMRT, IGRT, VMAT), чем существенно улучшили ее качество, но и осуществлять одновременную диагностику распространенности заболевания и, как следствие, корректировку плана лечения.



ЛЯХОВ А.С., РЯБЧЕНКО Н.Л., АНАНЬЕВА Т.А., ГОРДЕЕВ Е.С.
ГБУЗ КО ОКОД,
г. Кемерово

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Актуальность. В настоящее время рак толстой кишки является актуальной проблемой мировой онкологии, занимая четвертое место в структуре онкологической заболеваемости. Ежегодно в мире регистрируется около 600 тысяч новых случаев болезни. В России в 2013 году впервые выявлено 34792 случаев рака ободочной кишки и 26350 случаев рака прямой кишки. Среди заболевших преобладают женщины (для рака ободочной кишки соотношение мужчин и женщин 14550 и 20242; для рака прямой кишки — 12812 и 13538, соответственно).

Материалы и методы. Диагноз колоректального рака стандартно устанавливается при проведении ирригоскопии и/или фиброколоноскопии. Метод мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) позволяет выявить признаки опухолевого поражения кишечника, такие как фокальное или циркулярное утолщение стенки кишки, или же патологическое образование в ее просвете. На данный момент нет возможности разграничения глубины поражения стенки кишки, т.е. дифференцировать T1 и T2, но возможно судить о распространенности опухолевого процесса за пределы стенки кишки (T3-T4) по таким признакам, как тяжесть и нечеткость контуров кишки, узелковые выпячивания в окружающую жировую ткань. Вовлечение в патологический процесс лимфоузлов (N) чаще представлено множественным поражением, а не увеличением их размеров. Метод МСКТ позволяет также выявить признаки инвазии в соседние органы, по отсутствию прослойки жировой ткани между органом и опухолевым узлом и выявить отдаленные метастазы. В клинической практике имеют место случаи, когда по тем или иным причинам пациент проходит обследование методом МСКТ, не пройдя процедуры ирригоскопии и/или фиброколоноскопии. Большое значение метод МСКТ имеет в последующем наблюдении пациентов, позволяя своевременно

выявлять случаи метастазирования и рецидива опухоли.

Результаты. В отделе лучевой диагностики ГБУЗ КО ОКОД в 2014 году было впервые выявлено 8 случаев колоректального рака у пациентов, не обследованных методами ирригоскопии и фиброколоноскопии, но имевших клинические проявления болезни. Среди них 6 мужчин и 2 женщины. По локализации патологического процесса было получено следующее распределение — 3 случая рака ректосигмоидного отдела, 2 случая рака прямой кишки, по одному случаю рака печеночного угла ободочной кишки, сигмовидной и слепой кишки. При обследовании у всех пациентов были выявлены признаки фокального или циркулярного утолщения стенки кишки, с тяжестью, инфильтрацией прилежащей жировой клетчатки, с наличием в ней множественных, неувеличенных лимфоузлов (до 10 мм по короткой оси), это позволило рентгенологу заподозрить рак, что в дальнейшем было подтверждено гистологически и в ходе операции.

В одном случае у пациентки, прооперированной в 2013 году по поводу рака сигмовидной кишки, при плановом обследовании был выявлен единственный увеличенный лимфоузел в полости малого таза, не визуализируемый ранее. Предположение о его метастатическом поражении в дальнейшем подтвердилось в динамике в виде его роста.

Выводы. Таким образом, проблема колоректального рака является актуальной для современного здравоохранения. Метод мультиспиральной компьютерной томографии позволяет выявить непосредственно первичный очаг опухоли, признаки прорастания в другие органы и ткани, оценить состояние регионарных лимфоузлов, определить наличие отдаленных метастазов опухоли, давая клиницисту полную картину для установления развернутого предварительного диагноза; а также своевременно выявлять рецидивы и метастазы в послеоперационном периоде.



АНАЛИЗ МНОГОЛЕТНЕЙ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ С 1995 ПО 2013 ГОДЫ

Введение. Согласно многочисленным публикациям последних лет, в конце двадцатого начале двадцать первого столетия, отмечается существенное увеличение числа страдающих колоректальным раком (КРР). Прогнозируется, что в первой половине XXI века в Российской Федерации КРР прочно займет первое место в структуре всех онкологических заболеваний.

Цель исследования — проанализировать многолетнюю динамику и тенденцию заболеваемости КРР в Кемеровской области.

Материалы и методы. Выполнено сплошное описательное ретроспективное эпидемиологическое исследование заболеваемости КРР в Кемеровской области. Рассчитаны грубые и стандартизованные показатели заболеваемости с 95% доверительным интервалом, среднемноголетний темп прироста.

Результаты и обсуждение. «Грубый» показатель заболеваемости раком толстой кишки за последние 19 лет по Кемеровской области в среднем составил $31,71 \text{ ‰}_{0000}$ [95% ДИ = 29,68 – 33,85] без существенных различий у мужчин – $30,63 \text{ ‰}_{0000}$ [95% ДИ = 27,72 – 33,76] и женщин – $32,67 \text{ ‰}_{0000}$ [95% ДИ = 29,86 – 35,67]. Максимальная заболеваемость была зафиксирована в 2009 году – $39,90 \text{ ‰}_{0000}$ [95% ДИ = 37,13 – 41,83] и составила $39,33 \text{ ‰}_{0000}$ [95% ДИ = 35,95 – 42,95] и $40,67 \text{ ‰}_{0000}$ [95% ДИ = 37,50 – 44,03] у мужчин и женщин, соответственно. Минимальный показатель заболеваемости $24,92 \text{ ‰}_{0000}$ [95% ДИ = 23,15 – 26,79] среди населения был зарегистрирован десятью годами раньше (среди мужчин в 1999 году – $23,02 \text{ ‰}_{0000}$ [95% ДИ = 20,57 – 25,69], среди женщин в 1998 году – $26,59 \text{ ‰}_{0000}$ [95% ДИ = 24,09 – 29,28]).

Средний стандартизованный показатель заболеваемости КРР за 19 лет по Кемеровской области среди населения составил $20,65 \text{ ‰}_{0000}$ [95% ДИ = 19,24 – 22,05] и имел различия в популяциях мужчин и женщин – $22,83 \text{ ‰}_{0000}$ [95% ДИ = 20,55 – 25,09] и $18,41 \text{ ‰}_{0000}$ [95% ДИ = 16,68

– 20,14], соответственно. Максимальный стандартизованный показатель заболеваемости для мужского и женского населения был зафиксирован в 2009 году – $25,12 \text{ ‰}_{0000}$ [95% ДИ = 23,52 – 26,72], для мужчин – $30,83 \text{ ‰}_{0000}$ [95% ДИ = 27,95 – 33,71], для женщин – $22,21 \text{ ‰}_{0000}$ [95% ДИ = 20,29 – 24,13]. Минимальный стандартизованный показатель заболеваемости среди населения был в 1,5 раза ниже максимального значения и выявлен в 1999 году – $16,30 \text{ ‰}_{0000}$ [95% ДИ = 15,06 – 17,53], при этом различие в популяциях мужчин (2000 г.) и женщин (1999 г.) сохранилось: $19,15 \text{ ‰}_{0000}$ [95% ДИ = 17,01 – 21,29] и $14,62 \text{ ‰}_{0000}$ [95% ДИ = 13,11 – 16,14], соответственно.

По сравнению с 2001 годом, заболеваемость КРР у мужчин и женщин выросла с $28,25 \text{ ‰}_{0000}$ [95% ДИ = 26,68 – 30,60] до $36,28 \text{ ‰}_{0000}$ [95% ДИ = 34,06 – 38,61] в 2013 году. Стандартизованные показатели заболеваемости КРР составили $18,6 \text{ ‰}_{0000}$ в 2001 году [95% ДИ = 18,80 – 21,58] и $21,04 \text{ ‰}_{0000}$ в 2013 году [95% ДИ = 19,66 – 22,41]. Аналогичная тенденция роста заболеваемости наблюдалась в популяциях мужчин и женщин без существенных различий по полу.

Многолетняя динамика заболеваемости КРР в период с 1995 по 2000 гг. и с 2001 по 2013 гг. существенно отличалась. С 1995 по 2000 гг. наблюдалась тенденция к снижению заболеваемости КРР у мужчин и женщин (Тпр. ср. = –2,18 %), однако с 2001 г. направление тенденции изменилось в сторону стабильного роста заболеваемости злокачественными опухолями ободочной и прямой кишки (Тпр. ср. = 2,66 %).

Выводы: Результаты исследования продемонстрировали неуклонный рост заболеваемости КРР, начиная с 2001 года, причем темп роста заболеваемости у мужчин значительно опережает таковые у женщин. Таким образом, сформировалась необходимость в модернизации проводимых программ скрининга КРР с целью уменьшения тенденции роста заболеваемости.



ВИЗГАЛОВ М.П., ВАЛЬШИН Т.Ю.
*ГБУЗ КО Областной клинический онкологический диспансер,
г. Кемерово*

КОЛОНОСКОПИЯ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

В настоящее время колоректальный рак является одним из самых распространенных злокачественных заболеваний. Отмечается неуклонный рост численности больных.

Основным методом диагностики опухоли толстого кишечника является колоноскопия. Колоноскопия — эндоскопическое исследование толстого кишечника. Она позволяет определить опухоль, размеры, локализацию и взять биоптат для гистологического исследования. Только при гистологическом подтверждении больному выставляется диагноз колоректальный рак. За прошедший год при ФКС и RRS было осмотрено 1983 больных, выявлено 163 злокачественных опухолей. Впервые, а отчет о работе отделения я веду с 1982 года, количество колоноскопических исследований превысило число всегда лидирующих гастроскопических исследований, в связи с чем в 2015 году будет открыт второй колоноскопический кабинет, для которого имеется все необходимое оборудование.

Среди осмотренных пациентов преобладают представители мужского пола. По локализации опухоль чаще располагается в прямой кишке и левой половине ободочной кишки. По протяженности опухоли от 2 до 10 см, в основном с

обтурацией просвета кишки на 2/3 и 3/4. По гистологическому заключению преобладают аденокарциномы. Из 100 больных с опухолями толстой кишки, 95 человек с первого раза получают готовый гистологический диагноз, с подтверждением опухоли.

Для ранней диагностики опухоли толстой кишки мы используем узкоспектральное исследование подозрительных участков, с взятием биоптатов на гистологическое исследование.

Все исследования записываются на видеорегистратор, что позволяет в динамике отследить эндоскопическую картину одного и того же пациента.

Для исключения инфильтративной формы опухоли проводится с колоноскопией ирригография.

За 2014 год, при удалении тубулярных полипов 3 мм в Д, мы получили результат сансер in city у 7 пациентов. Все пациенты находятся под динамическим наблюдением и при контрольном осмотре через месяц, три месяца и 6 месяцев — рецидива опухоли нет.

Единственный путь для диагностики рака толстой кишки профилактические колоноскопии каждому человеку один раз в 2-3 года.



МЕТАСТАЗЫ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ЛЕГКИЕ

Больных раком легкого выписано 1530, оперировано 1120, 1250 операций.

Доброкачественные опухоли были у 86 больных, все оперированы.

Неопухолевая патология, оперированная с подозрением на рак — 214 человек.

Прочая злокачественная патология 296 больных, в том числе 110 случаев метастазов рака в легкие, оперированы 248.

Метастатическое поражение легких из других локализаций составило 5,6 % легочной патологии.

Метастазы рака прямой и толстой кишки (18 человек) составляют 0,93 % от общего числа больных легочной патологией, 1,8 % среди периферических образований легких, и 16 % от числа больных прочей злокачественной патологией, прошедшей в отделении торакальной хирургии.

У 7 больных был рак прямой кишки, другие отделы толстого кишечника по 1 случаю. Все больные были оперированы по первичной опухоли. T2N0M0 — 2, T3N0M0 — 3, T3N1M0 — 1, T4N0M0 — 5, T4N1M1 — 1.

Опухоль в легком выявлена до выявления первичного рака в 1 случае, одновременно — 2, через 1 год — 3, через 2 года — 2, через 3 года — 2, через 4 года — 1, через 6 лет — 1, повторный метастаз через 4 года — 2 случая.

Выполнено хирургическое лечение 15 больным: лобэктомии — 6, в том числе в комбинации с другими долями — 1, атипичные резекции — 9, в том числе в комбинации с другими долями — 2.

Здоровы после удаления метастазов 5 лет 1 случай, 3 года — 2 случая, 1 год — 2 случая.

Умерли через 4 года после удаления метастазов — 3, через 2 года — 2, через 1 год — 2.

Судьба остальных больных не известна.

Данное наблюдение не подлежит статистической обработке.

Сообщение является анализом работы торакального отделения ГБУЗ КО ОКОД 2008-2014 гг. Приведенные данные подтверждают, что хорошее диспансерное наблюдение, полноценное регулярное обследование (вне зависимости от сроков после лечения) и наличие рядом торакального отделения может значительно продлить жизнь больным раком толстого кишечника.

УСОВА А.В., ФРОЛОВА И.Г., АФАНАСЬЕВ С.Г., ТАРАСОВА А.С., ГОЛЬДБЕРГ А.В.
 Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
 «Томский научно-исследовательский институт онкологии»,
 г. Томск

ОЦЕНКА МЕСТНОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИНАМИЧЕСКОЙ КОНТРАСТИРОВАННОЙ МРТ

Введение. Высокая частота встречаемости и рецидивирования рака прямой кишки (РПК) требуют всесторонней визуальной оценки. Лечение местнораспространенного РПК предполагают использование неоадьювантной лучевой терапии (НАЛТ). МРТ является методом выбора в диагностике РПК, чувствительность на этапе первичной диагностики составляет 74-94 %, специфичность 69-96 %, после ЛТ диагностическая точность по Т-критерию составляет 47-54 %. Динамическая контрастная МРТ позволяет оценить параметры опухолевого кровотока. Настоящее исследование посвящено оценке возможностей динамической контрастированной МРТ в оценке местной распространенности РПК после лучевой терапии.

Материал и методы. Обследовано 14 пациентов с морфологически верифицированным РПК, получивших НАЛТ в радикальной дозе. МРТ выполнялось до начала и в сроке через 6 недель после окончания НАЛТ в T1- и T2-взвешенных режимах. Динамическая МРТ выполнялась в режиме T1-GRa, внутривенным болюсным контрастированием в дозе 2 мл/10 кг и построением кривых «Интенсивность — Время». По кривым рассчитывались:

Максимальный прирост интенсивности T1-сигнала:

$$\{(IC_{\text{макс}} - IC_{\text{исходн}}) / (IC_{\text{исходн}})\};$$

Скорость роста кривой интенсивности T1-сигнала:

$$CP(t) = [(IC(t) - IC_{\text{исходн}}) \times 100] / [IC_{\text{исходн}} \times t].$$

Результаты и обсуждение. При первичной диагностике оценка местной распространенно-

сти РПК наиболее эффективно осуществлялась в T2-режиме за счет естественной разности интенсивности сигнала опухолевой ткани и прилежащих структур. После окончания НАЛТ определялось уменьшение протяженности опухоли по длиннику кишки, уменьшение либо полный регресс экзоорганичного компонента в параректальной клетчатке и экзофитного компонента. Однако, низкая интенсивность сигнала от постлучевого фиброза и опухолевой ткани не позволяла эффективно оценить местную распространенность. При оценке результатов динамической МРТ до начала лучевой терапии было получено различие в форме и параметрах кривых «Интенсивность — Время», для опухоли, непораженной стенки кишки и окружающей клетчатки. Опухолевый тип кривой характеризовался более быстрым приростом интенсивности T1-взв. изображения и последующим плато. Показатель скорости роста составил $1,69 \pm 0,12$, тогда как для интактной кишечной стенки — $0,34 \pm 0,10$ ($p < 0,05$). Показатель максимального прироста не обеспечивал достоверного различия между опухолевой тканью и неизменной кишечной стенкой, составляя $0,016 \pm 0,0014$ (для опухоли), и $0,012 \pm 0,0010$ ($p > 0,05$), соответственно.

После лучевой терапии кривая «Интенсивность — Время» в зоне постлучевого фиброза характеризовалась замедленным начальным подъемом и последующим снижением. В области остаточной опухолевой ткани определялся неизменный характер кривой «Интенсивность — Время», при несколько более медленной, чем исходно, скорости роста интенсивности сигнала: $1,24 \pm 0,11$.

Выводы. Таким образом, динамическая контрастированная МРТ является эффективным методом оценки местной распространенности рака прямой кишки после неоадьювантной лучевой терапии.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ВОДОСТРУЙНОЙ ДИССЕКЦИИ ПАРЕНХИМЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ АНАТОМИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Введение. В ходе выполнения обширных анатомических резекций печени ключевыми моментами операции являются выделение гиллюсных и глассоновых элементов (в том числе, интрапаренхиматозно), а также последующее уверенное, но деликатное разделение паренхимы печени по линии резекции. В настоящем исследовании нами проанализированы результаты выполнения анатомических резекций печени с применением водоструйного диссектора ERBEJET² производства компании ERBE, Германия.

Материалы и методы. В отделении абдоминальной онкологии МНИОИ им. П.А. Герцена накоплен опыт хирургического лечения 112 пациентов с первичными и метастатическими опухолями печени. Среди оперированных пациентов мужчин было 54 (48,2 %), женщин — 58 (51,8 %). Возраст больных варьировал от 23 до 78 лет, средний возраст составил $57,5 \pm 11,2$ лет. Анатомические резекции печени по поводу первичных и метастатических опухолей были выполнены 61 пациенту, атипичные резекции — 51 больному. При выполнении анатомических резекций печени нами использовались два принципиально разных подхода. У первой группы больных (18 пациентов) применялся традиционный воротный доступ. Во вторую группу включены 43 пациента, у которых при выполнении анатомических резекций печени использован модифицированный воротный доступ с интрапаренхиматозным выделением глассоновых пучков.

Результаты. В ходе анализа результатов были оценены: продолжительность операции, объем интраоперационной кровопотери, необходимость применения маневра Прингла, частота развития послеоперационных осложнений, госпитальная летальность. Дополнительно оценивалась доля анатомических сегментарных резекций печени (сегментэктомии, бисегментэктомии) до и после начала применения описанной методики.

Сравнительный анализ непосредственных результатов анатомических резекций в зависимости от использования стандартной методики метода либо описанной выше модифицированной методики (с применением водоструйного диссектора и выделением глассоновых пучков) показало отсутствие достоверных различий в продолжительности операции. Так, среднее время операции в контрольной группе составило $386,6 \pm 133,4$ минут, в основной — $375,6 \pm 107,0$ минут ($p > 0,05$). При анализе влияния техники выполнения анатомических резекций печени на объем интраоперационной кровопотери зафиксировано статистически значимое снижение среднего объема и медианы объема кровопотери в группе больных, оперированных по модифицированной методике. В данной группе пациентов медиана объема кровопотери составила 700 мл по сравнению с 2250 мл в группе резекций, выполненных по стандартной методике. В группе больных, оперированных с применением модифицированного воротного доступа, удалось существенно уменьшить частоту использования маневра Прингла по сравнению с контрольной группой (16,2 % и 55,5 %, соответственно). При сравнении частоты и структуры послеоперационных осложнений статистически значимых отличий в исследуемых группах выявлено не было. В большинстве своем осложнения были связаны с формированием ограниченных жидкостных скоплений в зоне резекции печени. Умерли в послеоперационном периоде 3 пациента из первой группы и один больной — из второй. Таким образом, послеоперационная летальность в исследуемых группах составила 16,7 % и 2,3 %, соответственно.

Выводы. Наш опыт применения водоструйного диссектора в ходе выполнения анатомических резекций печени позволяет говорить о безопасности и эффективности данной методики.



СИДОРОВ Д.В., ПЕТРОВ Л.О., ЛОЖКИН М.В., ГРИШИН Н.А.,
ТРОИЦКИЙ А.А., ЧЕРНИЧЕНКО М.А.
*ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт
им. П.А. Герцена МЗ РФ»,
г. Москва*

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ЭКЗЕНТЕРАЦИЙ МАЛОГО ТАЗА ПО ПОВОДУ ПЕРВИЧНОГО И РЕЦИДИВНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Введение. Для большой группы пациентов с первичными местнораспространенными опухолями прямой кишки или с рецидивами РПК, вовлекающими соседние тазовые органы, единственной возможностью излечения является выполнение мультивисцеральных резекций, в том числе экзентераций малого таза (ЭМТ).

Материалы и методы. В основу настоящего исследования легли результаты лечения 52 пациентов местно распространенными первичными и рецидивными злокачественными опухолями прямой кишки, в МНИОИ им. П.А. Герцена. 26 больных были оперированы по поводу местно распространенных первичных опухолей прямой кишки и 26 больных — по поводу рецидивов рака прямой кишки с вовлечением окружающих органов и структур. В общей группе больных (52 пациента) было 15 (28,8 %) мужчин и 37 (71,2 %) женщин. Возраст в общей группе больных варьировал от 22 до 85 лет. Средний возраст составил $56,3 \pm 12,5$ лет при медиане 55,5 лет. Всем 52 пациентам выполнены оперативные вмешательства в объеме экзентерации малого таза. Тотальные экзентерации выполнены 18 пациентам, что составило 34,6 %. 34 (65,4 %) пациенткам проведено хирургическое лечение в объеме задней экзентерации малого таза.

Результаты. В общей группе средняя продолжительность операции составила $375,2 \pm 120,9$ минут при медиане 360 минут. В группе пациентов, подвергнутых тотальному ЭМТ, средняя продолжительность операции составила $476,1 \pm 111,8$ минут (от 285 до 680) при медиане 450 минут. Среднее время выполнения задней ЭМТ составило $316,6 \pm 85,3$ минут (от 195 до 520) при медиане 285 минут. В общей группе пациентов средний объем интраоперационной кровопотери составил $2598,1 \pm 2809,5$ мл (от 300 до 15000) при медиане 1500 мл. В группе тотальных ЭМТ средний объем интраоперационной кровопотери составил $3883,3 \pm 2868,5$ мл (от 700 до 10500)

при медиане 2500 мл. Средняя кровопотеря при выполнении задних ЭМТ составила $1932,5 \pm 2569,7$ мл (от 300 до 15000), медиана — 1200 мл. В общей группе из 52 пациентов послеоперационные осложнения зафиксированы у 24 человек (46,2 %). При этом осложнения I-II степени по Clavien-Dindo развились у 11 пациентов (45,8 %). Еще у 10 больных (41,7 % от всех больных с неблагоприятным послеоперационным периодом) отмечены осложнения III степени. Осложнения IV степени по Clavien-Dindo были диагностированы у 2 (8,3 %). Погиб в послеоперационном периоде один пациент.

Сроки наблюдения пациентов варьировали от 12 до 52 месяцев и составили в среднем 30 месяцев. При этом медиана прослеженности пациентов достигла 35 месяцев. Общая 1-годичная выживаемость составила 91,8 % [95% ДИ: 84,2 — 99,5], 3-летняя выживаемость составила 53,1 % [95% ДИ: 38,6 — 67,5], 5-летняя выживаемость составила 31,7 % [95% ДИ: 9,1 — 54,2]. При достижении R0 резекции 1-годичная общая выживаемость составила 96,9 % [95% ДИ: 90,9 — 99,1], 3-летняя выживаемость — 62,3 % [95% ДИ: 45,5 — 79,1] и 5-летняя выживаемость — 40,1 % [95% ДИ: 12,1 — 67,3]. При R1 резекциях 1-годичная выживаемость была равна 82,4 % [95% ДИ: 64,2 — 99,5], 3-летняя выживаемость — 22,8 % [95% ДИ: 2,3 — 47,5]. 5-летняя выживаемость не достигнута. Разница между кривыми выживаемости в зависимости от радикальности оперативного вмешательства оказалась статистически достоверной (log-rank тест: $\chi^2 = 5,59$; $p = 0,018$).

Заключение. Экзентерации малого таза являются высокоэффективным хирургическим вмешательством, позволяющим обеспечить R0 характер резекции в 73,1 % при первичном и в 61,5 % при рецидивном раке прямой кишки. Основным прогностическим фактором, влияющим на отдаленную выживаемость больных после экзентераций малого таза, является радикализм выполненного вмешательства.

¹ЛАЗАРЕВ А.Ф., ¹МАМОНТОВ К.Г., ²КОТЕЛЬНИКОВ А.Г., ¹ХАЙС С.Л.
¹Алтайский филиал ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН»,
г. Барнаул,
²ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН»,
г. Москва

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ

Введение. Большинство больных метастазами колоректального рака в печени имеют множественные, билобарные метастазы, размеры метастаза более 5 см, что сокращает возможности резекционной хирургии. Как правило, таким больным назначается длительная химиотерапия. После 4-6 месяцев лечения большинство больных переводят на менее интенсивную, так называемую «поддерживающую» терапию. Результаты такого лечения не могут считаться удовлетворительными, поскольку едва достижима 3-летняя выживаемость. Достоверно лучшие результаты общей выживаемости наблюдаются у пациентов, получавших послеоперационную химиотерапию, поэтому комбинированное лечение признается современным стандартом лечения. Больные с неблагоприятным прогнозом, составляют наиболее многочисленную группу, которые подвергаются исключительно системной химиотерапии, даже когда метастазы представляются изначально резектабельными. Неудовлетворительные результаты лечения больных резектабельными метастазами с неблагоприятным прогнозом требуют дополнительных клинических исследований, сравнивающих различные методы и виды лечения. Стратегия лечения операбельных пациентов с неблагоприятными факторами прогноза не разработана и является объектом изучения как с точки зрения выработки показаний к хирургическому лечению, так и с точки зрения определения роли периоперационной химиотерапии.

Цель исследования — улучшение результатов лечения больных резектабельными метастазами колоректального рака в печени с неблагоприятным прогнозом.

Материалы и методы. Рассматриваются 437 больных метастазами колоректального рака в печени с неблагоприятным прогнозом. Комбинированное лечение проведено 339 (78 %) больных: адъювантная системная химиотерапия — 163 больных, периоперационная системная — 54, периоперационная регионарная — 122 больных. Хирургическое лечение проведено 66 (15 %). Отдельно рассмотрена группа из 32 (7 %) больных резектабельными метастазами, которым проводилась только системная химиотерапия. Все резекции печени в силу значительного поражения

печени носили исключительно обширный характер.

Результаты. Стандартная правосторонняя или левосторонняя гемигепатэктомия выполнена 189 (47 %) пациентам. Гемигепатэктомия с резекцией контрлатеральной доли печени 87 (21 %) больным. Расширенная правосторонняя или расширенная левосторонняя гемигепатэктомия, включая перенесших расширенную гемигепатэктомию с резекцией оставшейся части печени — 21 %. Объективный эффект достигнут у 11 (20 %) пациентов в группе дооперационной системной химиотерапии, в группе регионарной химиотерапии без бевацизумаба — у 33 (44 %), различия статистически достоверны ($p = 0,02$). Добавление к лечению бевацизумаба в подгруппе регионарной химиотерапии увеличивает частоту эффекта до 64 %, что статистически достоверно выше частоты эффекта в группе дооперационной системной химиотерапии ($p = 0,001$). Наибольшая частота объективного эффекта отмечена при размерах метастазов менее 5 см в группе дооперационной регионарной химиотерапии с бевацизумабом — 73 %, что достоверно превосходит эффективность дооперационной системной и регионарной химиотерапии без бевацизумаба. Летальность среди оперированных — 4 %. Уровень осложнений — 56 %. Послеоперационная летальность и осложнения в сравниваемых группах статистически не различались. Объем интраоперационной кровопотери в сравниваемых группах статистически достоверно не различался. Общая 5-летняя выживаемость после комбинированного лечения с адъювантной химиотерапией — 26 ± 4 %, медиана — 32 мес, что достоверно превосходит показатели 5-летней выживаемости после хирургического лечения (17 ± 5 %), медиана — 15 мес, лекарственного лечения (5-летняя выживаемость не достигнута, медиана — 14 мес), комбинированного лечения с периоперационной системной химиотерапией (13 ± 5 %), медиана — 15 мес, статистически недостоверно превосходит 5-летнюю выживаемость после комбинированного лечения с периоперационной регионарной химиотерапией (20 ± 5 %), медиана — 33 мес. При многофакторном анализе выявлены 4 независимых фактора, которые достоверно оказывают влияние на общую выживаемость: множественные метас-



тазы ($p = 0,004$), билобарное поражение печени ($p = 0,04$), размер наибольшего метастаза более 5 см ($p = 0,001$), наличие внепеченочных метастазов ($p = 0,03$).

Общая 5-летняя выживаемость в группах комбинированного лечения с множественными метастазами в печени: $35 \pm 4 \%$, медиана — 29 месяцев, что статистически достоверно превосходит показатели 5-летней выживаемости больных после хирургического лечения ($p = 0,0005$) и системной химиотерапии операбельных больных ($p = 0,00005$).

Общая 5-летняя выживаемость с билобарным поражением печени в группах комбинированного лечения статистически достоверно превосходит показатели 5-летней выживаемости после хирургического лечения ($p = 0,000001$) и системной химиотерапии операбельных больных ($p = 0,00008$).

Показатели общей 5-летней выживаемости в группах комбинированного лечения с наибольшим размером метастаза более 4 см: $19 \pm 3 \%$,

медиана — 29 месяцев, достоверно превосходят показатели 5-летней выживаемости при наибольшем размере метастаза более 4 см после хирургического лечения ($p = 0,00008$) и системной химиотерапии ($p = 0,00014$).

Показатели 5-летней выживаемости в группах комбинированного лечения при наличии внепеченочных метастазов составили $10 \pm 5 \%$, медиана — 29 месяцев, что статистически достоверно не отличается от показателей 5-летней выживаемости после хирургического лечения ($p = 0,16$).

Заключение. При резектабельных метастазах колоректального рака в печени с неблагоприятным прогнозом показано комбинированное лечение с адъювантной системной химиотерапией. При исходно нерезектабельных метастазах в печени в отсутствии внепеченочных проявлений заболевания лечение следует начинать с регионарной химио- и биотерапии. При исходно нерезектабельных метастазах с внепеченочными проявлениями заболевания лечение должно начинаться с системной химиотерапии.



ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ – МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

В структуре смертности от онкозаболеваний рак толстой кишки (РТК) занимает второе место у женщин (после рака молочной железы) и третье место у мужчин (после рака легких и предстательной железы). Выявление полипов играет исключительно важную роль в предупреждении возникновения рака, так как рак толстой кишки чаще всего развивается из полипов, а не de novo. Эндоскопический метод лечения доброкачественных образований в объеме колоноскопии с электроэксцизией полипов распространен повсеместно и является «золотым стандартом».

Цель работы — оценить эффективность эндоскопических методик в лечении полиповидных образований толстой кишки.

Материалы и методы. Представлены результаты лечения полипов у 179 пациентов в эндоскопическом отделении Томского НИИ онкологии за период 2013-2014 гг. Полипы обнаруживались при плановом обследовании онкологических больных с первичным опухолевым процессом различных локализаций, в том числе при раке толстой кишки. Эндоскопические манипуляции проводились на видеоэндоскопической системе EVIS EXERA II с применением инструментов фирмы Olympus. Для удаления полипов применяли метод монополярного высокочастотного воздействия на ткани аргоновой плазмы — аргоноплазменная коагуляция (АПК) с помощью аппарата Arco Soring, петлевая электроэксцизия или резекция слизистой оболочки с использованием, электрохирургического блока ERBE ICC 300.

Результаты исследования. Показанием для эндоскопического лечения было наличие одного или множественных полипов независимо от размера (до 2,5 см в диаметре основания), при отсутствии явных признаков малигнизации. Размеры удаляемых полипов находились в диапазоне от 0,2 до 2,5 см. В общей сложности удалено 298 полипов. Локализация полипов распределя-

лась по отделам толстой кишки следующим образом: 219 (73,5 %) полипов были найдены в прямой, сигмовидной кишке и восходящем отделе толстой кишки. Остальные полипы локализовались в правой половине толстого кишечника. Образования 0,2-0,3 см в диаметре и гранулемы в зоне анастомоза удаляли с помощью АПК (64 пациента). В 14 случаях имело место механическое удаление образования при заборе биопсийного материала. При размерах полипа от 0,4 до 1,0 см в диаметре проводилась петлевая электроэксцизия (38 пациентов), при размерах до 1,5 см использовалась петлевая электроэксцизия с последующим АПК (37 пациентов). В 26 случаях проводилась комбинированная резекция слизистой с предварительным созданием «подушки» с помощью физиологического раствора при диаметре полипа более 1,5 см и наличии дисплазии и фокусов аденокарциномы. В 2-х случаях полипэктомия осложнилась кровотечением, которое было купировано обработкой ложа полипа 1 % раствором перекиси водорода и 70 % раствором спирта. Контрольная колоноскопия проводилась в зависимости от морфологической структуры, формы роста, локализации, размеров удаленных новообразований через 1, 3, 6, 12 мес. В наших наблюдениях, при контрольной колоноскопии в течение 1 года, рецидива на месте удаленных полипов не наблюдалось ни в одном случае, включая малигнизированные аденомы. При плановой колоноскопии через 6 месяцев у 12 (6,7 %) пациентов были выявлены полипы в других отделах толстой кишки, которые были успешно удалены с помощью петлевой электроэксцизии.

Выводы. Эндоскопическое удаление эпителиальных новообразованиях, в том числе с очагами тяжелой дисплазии и злокачественной трансформации, является «золотым стандартом» лечения полипов, а также профилактикой колоректального рака.



САЛАМАХИН М.П., ВЬЮШКОВ Д.М.
БУЗОО «КОД»,
г. Омск

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ ОМСКОГО ОБЛАСТНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Лапароскопическая хирургия толстой кишки — динамически развивающаяся область современной хирургии.

С сентября 2012 г. по январь 2015 г. в I хирургическом отделении Омского областного онкологического клинического диспансера выполнено:

- 1) лапароскопическая резекция сигмовидной кишки — 49;
- 2) лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия — 48;
- 3) лапароскопическая левосторонняя гемиколэктомия — 9;
- 4) передняя резекция прямой кишки — 43;
- 5) лапароскопическиассистируемая БПЭ прямой кишки — 13.

Всего выполнено 162 операции на толстой кишке. В случае лапароскопически ассистируемых операций, мобилизация и резекция кишки осуществлялась лапароскопически, а анастомоз выполнялся экстракорпорально. Также выполнялись интракорпоральные анастомозы.

Среди оперированных пациентов в возрасте от 23 до 83 лет женщин было 94, мужчин 68, без тяжелой сопутствующей патологии. Все пациенты имели морфологическую верификацию диагноза злокачественного новообразования. Морфологическим вариантом опухоли являлась аденокарцинома, различной степени дифференцировки.

Результаты. Среднее время резекции сигмовидной кишки составило 117 мин (145-90), кровопотеря до 100 мл. Послеоперационных осложнений не было. Среднее время гемиколэктомии

справа составило 145 мин (180-90), кровопотеря до 100 мл. Послеоперационных осложнений не было. Среднее время гемиколэктомии слева составило 167 мин (120-205), кровопотеря до 100 мл. Послеоперационных осложнений не было. Среднее время передней резекции прямой кишки — 115 мин (145-60), максимальная кровопотеря до 250 мл.

Послеоперационные осложнения:

- 3 кровотечения из раны промежности;
- 1 кровотечение из брыжейки толстой кишки;
- 1 ранение подвздошной артерии (ушито интракорпорально);
- 1 ущемление тонкой кишки в «троакарном» отверстии;
- 2 случая конверсии (1 нерезектабельный процесс, 2 невозможно извлечь препарат).

Всего 8 осложнений. Других интра- и послеоперационных осложнений не было. Конверсия не выполнялась.

Все пациенты активизировались на 2-е сутки после операции. Восстановление активности кишечника отмечено на 2-3 сутки. Наркотические анальгетики не назначались ни одному пациенту. Средняя продолжительность койко-дня составила 8,9 суток.

Выводы. Лапароскопические операции на толстой кишке возможно выполнять с учетом всех принципов онкологии. Продолжительность лапароскопических операций не намного превышает среднюю продолжительность традиционных, и не влияет на количество послеоперационных осложнений.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Актуальность темы. Колоректальный рак занимает одно из ведущих мест в структуре онкологической заболеваемости в России и в Алтайском крае. Несмотря на совершенствование ранней диагностики, уже на этапе постановки диагноза у 20 % больных выявляют отдаленные метастазы, еще у 25-30 % их обнаруживают при последующем динамическом наблюдении. Результаты лечения больных с метастатическим колоректальным раком остаются малоудовлетворительными, 5-тилетний рубеж переживают менее 10 %.

Повсеместный рост заболеваемости раком толстой кишки, выход этого заболевания во многих странах на третье место по уровню смертности обуславливают актуальность проблемы лечения больных колоректальным раком. В Алтайском крае смертность от колоректального рака находится на 2 месте. С сожалением приходится констатировать, что удельный вес пациентов с запущенными формами рака не имеет тенденции к уменьшению. По Алтайскому краю данный показатель на 100 тыс. населения составляет при раке ободочной кишки — 25,1 (РФ — 27,5), прямой кишки — 17,7 (РФ — 23,2). По данным ряда авторов, метастатическое поражение печени диагностируется у 20-35 % таких больных. Средняя продолжительность их жизни колеблется в интервале 5-11 месяцев. Одним из путей выхода из сложившейся ситуации является предложенное в последние годы циторедуктивное лечение, подразумевающее максимально возможное удаление злокачественных очагов с последующей химиотерапией. В КГБУЗ «Рубцовский онкологический диспансер» мы поддерживаем данную позицию и активно внедряем ее в практику. В доказательство этому приведем несколько клинических случаев.

Клинический случай 1.

Больная Н., 25 лет, поступила в хирургическое отделение ОД с диагнозом: «Рак верхне-ампулярного отдела прямой кишки IV ст. T3N0M1. Множественные метастазы в печень. Субкомпенсированная хроническая толстокишечная непроходимость. Выраженный болевой синдром. Упадок питания II степени».

Больной себя считает с октября 2013 г., когда неоднократно отмечала кровь в кале, потерю в весе около 20 кг. В декабре 2013 г. появились выраженные боли в гипогастрии, частично купирующиеся приемом ненаркотических анальгетиков.

ФКС от 17.12.2013 г.: В верхне-ампулярном отделе прямой кишки ярко-красное плотное, циркулярное образование, стенозирующее просвет на 3/4. **Заключение:** С-г верхне-ампулярного отдела прямой кишки. **Гистологический диагноз** № 55 от 18.12.2013г. — «Аденогенный с-г».

МСКТ органов брюшной полости с болюсным усилением от 27.12.2013г.: Во всех сегментах печени определяются тени различных размеров от 3,0 до 25,0 мм. в диаметре. Самое крупное образование расположено в левой доле — 54,0 × 40,0 мм. При контрастировании паренхимы образования набирают контраст в виде ободка по периферии. Контуры печени ровные. Внутривенные протоки не расширены. Холедох — 4,9 мм. **Заключение:** Метастатическое поражение печени.

17.01.2014 г. после тщательной предоперационной подготовки выполнена лапаротомия. При ревизии выявлены множественные метастазы в печень, тазовую брюшину, в малом тазу имеется выпот, в котором по цитологии обнаружены опухолевые клетки. Решено выполнить циторедуктивную операцию в объеме операции Гартмана.

Гистологический диагноз: № 50-54 от 23.01.2014г. 1) выпот из малого таза — атипичские клетки, принадлежащие аденокарциноме; 2) участок тазовой брюшины — метастаз аденокарциномы; 3) умеренно дифференцированная аденокарцинома (циркулярная, стенозирующая опухоль, протяженностью 6,0 см с инвазией всех слоев стенки толстой кишки). Фон — полипоз удаленной части кишки (пролиферирующие железистые полипы от 0,2 до 2,0 см + пролиферирующая ворсинчатая опухоль 2,0 см).

В послеоперационном периоде течение обычное. Пациентка выписана из отделения на 16-е сутки после операции. В последующем, после нормализации показателей анализа крови, проведено 6 курсов паллиативной ПХТ по схеме FOLFOX-4 в стандартных дозировках.

По данным **МСКТ брюшной полости от 19.03.2014г.:** диффузные изменения в структуре печени, поджелудочной железы. Объемное образование печени (в S3 изоэхогенное неоднородное образование, деформирующее контур печени, с достаточно четким ровным контуром, преимущественно по периферии, размерами 49,0 × 32,6 мм, в S8 гиперэхогенная структура с нечеткими контурами 24,1 × 25,8 мм). Болевой синдром у пациентки отсутствует. Больная прибавила в весе 9 кг.

**Клинический случай 2.**

Больная Х., 68 лет, поступила в хирургическое отделение ОД с жалобами на боли в животе, запоры, слабость. После дообследования выставлен клинический диагноз: «Рак восходящего отдела ободочной кишки T3NXMX. Множественные метастазы в печень? Токсико-анемический синдром средней степени тяжести. Хроническая компенсированная толстокишечная непроходимость. Сопутствующие заболевания: Атеросклероз аорты и ее ветвей. Гипертоническая болезнь II ст., II ст., риск IV.Н1. Ожирение Iст.»

Гистологический диагноз № 1611 от 20.02.14 г.: высоко дифференцированная аденокарцинома.

Было решено выполнить правостороннюю гемиколэктомию. Интраоперационно выявлена дополнительная локализация опухоли в сигмовидной кишке и множественные метастазы в печень, большой сальник, брыжеечные лимфоузлы, верифицированы цитологически.

Заключительный диагноз: «Первично-множественный рак. Рак поперечно-ободочной кишки IV st T3N2M1. Множественные mts в печень. Рак сигмовидной кишки IIIB st T3N1M0».

Учитывая операционные находки, возраст больной, сопутствующую патологию, решено вы-

полнить циторедуктивную операцию в объеме: обструктивная резекция поперечно-ободочной кишки и сигмовидной кишки.

Послеоперационный период протекал спокойно. Больная была выписана из отделения на восемнадцатые сутки после оперативного вмешательства в удовлетворительном состоянии (боле- вой синдром купирован, восстановлен пассаж по кишечнику, в анализах положительная динамика).

Выводы. Циторедуктивные операции:

- 1) при метастатическом колоректальном раке целесообразны, так как позволяют улучшить качество и продолжительность жизни по сравнению с другими видами паллиативного лечения (ДЛТ, химиотерапией);
- 2) не сопровождаются высокой частотой послеоперационных осложнений;
- 3) способствуют повышению эффективности химиотерапии;
- 4) значительно уменьшают раковую интоксикацию и позволяют применить более широкий спектр цитостатических лекарственных препаратов;
- 5) выполнимы в любом возрасте, даже при наличии сопутствующей патологии, после адекватной предоперационной подготовки.



ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ МИКРОИНФУЗИОННОЙ ПМП

Проблемы эффективного и безопасного обезболивания при обширных операциях в онкологической практике в нашем учреждении решаются методом эпидурального введения анестетиков амидной группы с помощью микроинфузионной помпы. Методика не новая и используется во многих хирургических стационарах. Ранее мы широко использовали эпидуральное введение морфина. При этом наряду с хорошим обезболиванием, получали ряд побочных, ожидаемых эффектов, таких как кожный зуд, дыхательная депрессия, излишняя седация. Мы воспользовались рекомендациями онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина и внедрили в повседневную практику данный метод. За период с декабря 2013 года и I квартал 2014 г. было пролечено 50 пациентов с различными объемами хирургических вмешательств: гастрэктомия, гемиколэктомия, экстирпация матки с придатками, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки и прочие. У всех пациентов, как метод выбора, применялось эпидуральное введение нарпина 0,2 % в сочетании с фентанилом и адреналином с помощью микроинфузионной помпы.

Метод. Использовались стерильные одноразовые помпы, изготовленные на заводе «Синьсян Сити Туорен Медикал Девайс Ко, ЛТД», провинция Хенань, КНР.

Состав анальгезирующей смеси: Нарпин 0,2 % — 300 мл + Фентанил 0,6 мг (в 50 % случаев — 0,3 мг) + Адреналин (0,1 % — 1 мл + раствор Натрия хлорида 0,9 % — 9 мл, из этой смеси добавить 6 мл). Помпу подключали к эпидуральному катетеру с темпом введения от 4-х до 10 мл/час.

Возрастные категории пациентов распределились следующим образом: больные от 20 до

60 лет — 46 %, от 60 до 70 лет — 34 %, старше 70 лет — 20 %.

Эффективность обезболивания оценивали по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) от 0 до 5 баллов. При этом хорошая анальгезия до 5 баллов отмечена у 93 % пациентов, и только у 7 % — до 4-х баллов. В этих случаях потребовалось дополнительное введение препаратов НПВС (хотя бы один раз).

Уменьшение дозы фентанила проводилось при обезболивании больных старше 70 лет, либо с крайними степенями ожирения.

При оценке данного вида обезболивания были отмечены следующие положительные эффекты:

1. Нет клинически значимой дыхательной депрессии.
2. Умеренная гипотония не требовала дополнительных энергичных мер. Для ее коррекции достаточно было уменьшить темп введения анестетика, и в условиях нормоволемии достигалась нормотония.
3. Раннее восстановление перистальтической активности кишечника.
4. Возможность ранней активизации пациентов.

В клиническом сравнении с эпидуральной анальгезией опиатами, данный метод является более безопасным и комфортным для пациентов:

- отсутствует кожный зуд;
- отсутствует дыхательная депрессия;
- отсутствует излишняя седация.

Вывод. Оценивая изложенный метод обезболивания, его безопасность и эффективность, а также отсутствие технологической загруженности (нет необходимости в использовании инфузоматов или шприцов-дозаторов), можно с уверенностью сказать, что в повседневной практике не только в ОРИТ, но и в хирургических отделениях, можно рекомендовать ее использование.



ДЕМЬЯНОВ В.С., БУХТИЯРОВ А.П.
ГБУЗ НКОД,
г. Новокузнецк

МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫЙ И ОСЛОЖНЕННЫЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК: КАК ИЗБЕЖАТЬ ТЯЖЕЛЫЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ

Сохраняется мировая тенденция роста заболеваемости колоректальным раком (КРР). В структуре онкозаболеваемости населения г. Новокузнецка КРР в 2014 г. вышел на 1-е место.

Основным радикальным методом лечения остается хирургический. Хирургическое лечение КРР — одна из наиболее сложных задач в онкохирургии. Высокий процент послеоперационных осложнений и летальности обусловлен значительным количеством местно-распространенных (до 30-40 % случаев) и осложненных форм заболевания (параколические инфильтраты, абсцессы, хроническая кишечная непроходимость), инфицированием брюшной полости при выполнении хирургических вмешательств.

В ГБУЗ «Новокузнецкий клинический онкологический диспансер» за последние 5 лет (2010-2014 гг.) при высокой резектабельности (не менее 80 %) летальность после операций на толстой и прямой кишке снизилась с 7,61 % до 3,32 %. Неудовлетворенность результатами лечения приводит к поиску решения проблем послеоперационных осложнений и летальности.

Перед онкохирургом, кроме желания избежать осложнения, всегда стоит задача выполнить радикальные или оптимальные циторедуктивные операции и сохранить естественный пассаж по кишечному тракту. Тактика открытого ведения брюшной полости и программированной релапаротомии при раке толстой кишки, осложненном разлитым гнойным перитонитом, дала хорошие результаты. Возникло желание использовать в плановой онкохирургии основное достоинство программированной релапаротомии — визуальный контроль и своевременную хирургическую коррекцию состояния брюшной полости в случаях, когда при первичной операции высока вероятность неблагоприятного развития заболевания. Такой подход целесообразен и оправдан при выполнении травматичных комбинированных и расширенных операций по поводу КРР (по данным литературы, до 25 % случаев). Онкохирургу, выполняющему комбинированные, травматичные и, нередко, длительные операции, программирова-

ние релапаротомии позволяет решить ряд других проблем, стоящих перед ним во время операции по поводу осложненных и местнораспространенных форм рака.

К таким факторам риска относятся: 1. Неубедительный гемостаз. Необходимость тампонады остаточной полости с целью гемостаза. 2. Сомнения в полноценном кровоснабжении и жизнеспособности кишки и в состоятельности анастомоза. 3. Инфицирование брюшной полости в ходе хирургических манипуляций, излитие кишечного содержимого в брюшную полость. 4. Наложение кишечных анастомозов в условиях инфицирования брюшной полости и ненадежного гемостаза. 5. Нежелание выполнять обструктивные резекции толстой кишки и использовать весь потенциал для выполнения органосберегающих операций. 6. Невыполнение всего запланированного объема хирургического вмешательства по причине длительности операции, критического состояния больного и предусмотрение наложения анастомозов (или проведение других объемов хирургического лечения) в следующий этап операции (на следующий день).

Описанная тактика хирургического лечения применена у 17 больных: 6 больных с раком толстой кишки, 2 больных с раком прямой кишки, 6 больных с рецидивом и метастазами колоректального рака, 3 больных с восстановительными операциями после обструктивных резекций. Осложнения возникли у 4-х больных. Два осложнения купированы во время санации лапаростом. Два осложнения возникли после снятия лапаростом, выполнена релапаротомия. Летальных исходов не было.

Закключение. Программированные релапаротомии в хирургии местнораспространенного и осложненного колоректального рака — надежный путь предотвращения высоковероятных тяжелых послеоперационных осложнений и надежный вариант своевременной коррекции уже развившихся хирургических осложнений. Кроме того, программированные релапаротомии позволяют выполнять задачи онкологического радикализма и сохранения естественного пассажа по кишечному тракту.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНВАЗИИ ОПУХОЛЕВЫХ ТКАНЕЙ В МАГИСТРАЛЬНЫЕ СОСУДЫ

По данным Международного агентства по изучению рака, ежегодно в мире от рака умирают около 10 млн. человек. Пятилетняя выживаемость при разных формах рака составляет от 3 до 55 %. Наиболее неблагоприятными являются опухоли с прорастаниями магистральных сосудов. Зачастую такие случаи расцениваются онкологами как неоперабельные, и больным рекомендуется паллиативное лечение.

Цель исследования — изучение результатов лечения больных с опухолями разных органов и тканей осложненными прорастанием магистральных сосудов.

Материал и методы исследования. За период с 2007 по 2014 годы в клинике выполнены 85 операций по поводу распространения опухолевого процесса на магистральные сосуды. Из них: мужчин — 49, женщин — 36. Средний возраст составил 57 лет. Для уточнения диагноза использовались ультразвуковое исследование, мультиспиральная компьютерная томография, ангиография, гистологические и общеклинические исследования. Проводилась стандартная терапия раннего послеоперационного периода: антибиотикопрофилактика, антикоагулянтная терапия с использованием нефракционированного гепарина, низкомолекулярных гепаринов (нандропарина и др.), анальгезия. В 87 % по результатам послеоперационного гистологического исследования выявлен злокачественный характер новообразования. У 51 пациента выявлено распространение опухолевого процесса в почечные вены, а в 14 случаях — в нижнюю полую вену. У всех пациентов различными методами исследования исключено метастазирование опухоли.

Всем больным выполнено радикальное лечение — нефрэктомия. При распространении опухолевого тромба в нижнюю полую вену в 11 случаях выполнена тромбэктомия из вены и лигирование почечной вены, в 1 случае из-за

фиксирования тромба к устью почечной вены, выполнена резекция и пластика стенки нижней полую вены заплатой из политетрафторэтилена. В двух случаях, в связи с прорастанием опухолевого тромба на большом протяжении в нижнюю полую вену, выполнена резекция и протезирование последней, с имплантацией левой почечной вены в протез. У 24 пациентов выявлена опухоль толстой кишки, которая проросла в аорту или подвздошные артерии по поводу чего были выполнены резекции пораженных участков и протезирование ПТФЭ-протезами. В одном случае опухоль прямой кишки проросла верхним полюсом в подвздошные вены. В связи с чем выполнены резекция подвздошных вен, лигирование внутренней и протезирование наружной подвздошной вены.

Результаты исследования. Все больные наблюдались в течение различного времени. В раннем послеоперационном периоде осложнений не было. Последующее наблюдение в срок до 3-х лет показало отсутствие рецидива опухолей у 65 пациентов (76 %). Ведение этих пациентов осуществлялось совместно с онкологами. Умерли три пациента: один больной от острой сердечной недостаточности, два пациента от осложнений связанных с генерализацией онкологического процесса.

Выводы. Активная хирургическая тактика при опухолях различных органов и тканей, направленная на радикальное лечение, позволяет даже при распространении опухоли на магистральные сосуды профилировать дальнейшее прогрессирование заболевания, тем самым, продлевая жизнь больных. Устраняется риск тромбоэмболии легочной артерии, тромбозов артерий и диссеминации опухолевого процесса. Дальнейшее изучение отдаленных результатов хирургического лечения позволит расширить представления о курабельности опухолевых заболеваний.

МЕРЗЛЯКОВ М.В., ГРАЧЕВ А.В., БОГАЧЕВ Е.Г., ШАПКИН А.А., СТАРОВЕРОВ Н.Н.,
ХАПАЕВА Т.Н., ПОЛУТАРНИКОВ Е.А., ДОВБЕТА Е.В.

ГАУЗ КОКБ,
ГБОУ ВПО КеМГМА,
г. Кемерово

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ КАК ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

По данным ВОЗ, в 2010 году рак ободочной кишки занимает третье место в структуре онкопатологии, запущенные формы достигают 70 %. Эта локализация составляет 15 % от всех первично диагностированных опухолей. Заболеваемость 19 случаев на 100000, смертность — 9 на 100000 населения. У 20-50 % больных при первичном обращении метастазы в печень.

В Кемеровской области с 2001 по 2010 гг. смертность от колоректального рака составила 20,25 на 100 тыс. населения, а за период — 25,56 на 100 тыс. населения.

70 % пациентов к моменту обращения, требуют неотложного хирургического вмешательства. У 26,4-69 % пациентов возникает обтурационная кишечная непроходимость, чаще в левых отделах толстой кишки (67-72 %).

Цель операций — ликвидация онкопроцесса, его осложнений, и восстановление функций органа. Стандарт лечения: обструктивная резекция толстой кишки с наложением колостомы. Летальность варьирует от 7,2 % до 22,4 %. Неотложные операции не сопровождаются адекватной лимфодиссекцией, что не радикально. Восстановление кишки через 8-12 месяцев.

Эндопротезирование зоны обструкции саморасправляющимся стентом проводится с целью предоперационной подготовки или окончательно по паллиативного лечения.

В 2012-2014 гг. в ГАУЗ КОКБ наблюдались 10 пациентов с толстокишечной непроходимостью, с поражением сигмовидной и прямой кишки. Три женщины и семь мужчин, от 42 до 86 лет.

У восьми пациентов морфологическая картина заболевания была установлена ранее, при гистологическом исследовании биопсийного материала, характер непроходимости был интермиттирующий. Все поступили в клинику для планового оперативного вмешательства. Стентирование прямой и сигмовидной кишки было проведено как этап подготовки к одномоментной операции по поводу наличия злокачественной опухоли толстой кишки.

Один пациент доставлен машиной скорой медицинской помощи с клиникой острой толстокишечной непроходимости. При обследовании выявлен генерализованный процесс с развитием канцероматоза брюшной полости, с вовлечением

тонкой кишки в опухолевый конгломерат в области сигмовидной кишки и развитием тонкокишечной непроходимости через четыре дня лечения в стационаре.

Еще один пациент страдал заболеванием более шести месяцев, в оперативном лечении ему было отказано, по причине наличия множественных метастазов в отдаленные органы, трижды прошел курс химиотерапии по поводу данного заболевания. Установка саморасправляющегося покрытого стента данному пациенту была показана как паллиативное разрешение интермиттирующей толстокишечной обтурационной непроходимости.

Всем пациентам в первые сутки госпитализации были установлены саморасправляющиеся стенты SX-ELLA Stent из никелид-титанового сплава. Имплантация проводилась в рентгеноперационной, без предварительной подготовки толстой кишки, вариантом выбора премедикации было внутримышечное введение раствора сибазона, по показаниям. Дистальный край опухоли отмечали наложением рентгеноконтрастной эндоскопической клипсы. По инструментальному каналу в просвет опухоли, под контролем рентгеноскопии проводили жесткую струну — проводник с атравматическим наконечником, аппарат извлекали. По струне проводнику проводили доставочное устройство, устанавливали рентгеноконтрастными метками дистальной части выше на 2,0 см наложенных клипс маркеров. Полному раскрытию стента предшествовало введение водорастворимого контрастного вещества по катетеру доставочного устройства. После раскрытия стента доставочное устройство извлекалось. Стул у всех пациентов состоялся на операционном столе. Полное расправление стентов достигнуто на первые сутки после имплантации. Нормализация стула получена на вторые сутки. Четверо пациентов оперированы в сроки две недели после стентирования толстой кишки.

Пациент с неоперабельным раком сигмовидной кишки, в течение 6 месяцев дважды обращался в клинику для повторной имплантации стента, вследствие его миграции. Первая миграция через 1 месяц, затем следовал период мнимого благополучия 1 месяц с нормальным стулом. Вторая миграция через 2 месяца от первичной имплантации, стент установлен, толстокишечная



непроходимость ликвидирована. Смерть пациента через 5 месяцев, до последнего дня жалоб на нарушения стула не было.

Пациенту с канцероматозом брюшной полости наложена илеостома. Больной выписан для симптоматического лечения по месту жительства, без нарушения пассажа по толстой кишке.

Выводы. Установка никелид-титановых саморасправляющихся колоректальных стентов — эффективный, малотравматичный и современный

метод решения острой обтурационной непроходимости кишечника опухолевого генеза, способный улучшить качество жизни пациентам перед радикальной операцией. Эндопротезирование имеет высокий технический и клинический эффект, в сравнении с традиционной хирургией. Для пациентов с небольшой ожидаемой продолжительностью жизни и наличием обструкции толстой кишки, стентирование — это наиболее приемлемый метод паллиативного лечения.



ШИН И.П., ГЗОГЯН А.А.
ГБУЗ КО ОКГВВ,
г. Кемерово

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В УСЛОВИЯХ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Актуальность. Колоректальный рак (КРР) занимает 4-е место в структуре онкологической заболеваемости и 2-е место по летальности. Ведущим методом лечения КРР по-прежнему является хирургический.

Цель исследования. Проанализировать результаты хирургического лечения больных КРР.

Материалы и методы. С 2010-2014 гг. в областном колопроктологическом центре на базе ГБУЗ КО ОКГВВ были прооперированы 53 больных. Мужчин было 30 (56,6 %), женщин — 23 (43,4 %). Возраст мужчин варьировал от 28 до 85 лет, женщин — от 24 до 86 лет. Средний возраст мужчин составил 61,2 лет, женщин — 63,2 года. Больных с клиникой острой обтурационной толстокишечной непроходимости было 11 (20,7 %).

При гистологическом исследовании операционного материала выявлена аденокарцинома. По степени дифференцировки опухоли: высокодифференцированная — 18 (34,0 %), умереннодифференцированная — 27 (51,0 %), низкодифференцированная — 4 (7,5 %), в 4 (7,5 %) случаях гистологическое исследование не проводилось.

Лапаротомных вмешательств выполнили 41: гемиколэктомия справа — 5, гемиколэктомия слева — 8, резекция сигмовидной кишки — 9, субтотальная колэктомия — 2, колпроктэктомия, илеостомия по Бруку — 1, экстирпация прямой кишки — 1, передняя резекция прямой кишки — 1, колостомия — 10, прочие — 4.

Видеоассистированные операции выполнены в стандартном объеме — 9: гемиколэктомия справа — 3, передняя резекция прямой кишки — 2, резекция поперечно-ободочной кишки — 2, резекция сигмовидной кишки — 1, колпроктэктомия, илеостомия по Бруку — 1. Трансанальное иссечение опухоли — 3.

Формирование межкишечных анастомозов проводили двухрядным швом — 19 больных, однорядным — 7, механическим — 8. Использовались моно- и полифиламентные рассасывающиеся

нити на атравматичной игле. Однорядные анастомозы накладывали непрерывным швом с использованием монофиламентных нитей. Циркулярные степлеры использовали при формировании низких анастомозов с прямой кишкой (менее 15 см от ануса). При видеоассистированной правосторонней гемиколэктомии формирование анастомоза проводилось экстракорпорально непрерывным однорядным швом (3 больных).

Результаты. Послеоперационное стадирование по классификации TNM: I ст. — 4 (7,5 %), II ст. — 23 (43,4 %), III ст. — 11 (20,8 %), IV — 11 (20,8 %) больных, в 4 (7,5 %) случаях конкретная стадия не установлена из-за отсутствия полноценной информации (больные с колостомами по поводу обтурационной непроходимости). Синхронный рак выявлен у 2 (3,8 %) больных.

Послеоперационных осложнений было 3: несостоятельность анастомоза — 2 (3,8 %) больных (открытая резекция левых отделов толстой кишки, двухрядный шов), перфорация прямой кишки при трансанальном иссечении опухоли — 1 (1,9 %).

Послеоперационная летальность — 2 (3,8 %): вентилятор-ассоциированная пневмония — 1 больная с ожирением 4 ст., острая сердечно-сосудистая недостаточность — 1 больная возраст 85 лет. Все больные были после открытой резекции ректосигмоидного отдела толстой кишки.

Выводы. Таким образом, сравнивая непосредственные результаты хирургического лечения КРР, можно отметить, что применение однорядного и механического шва сопровождалось отсутствием послеоперационных осложнений. Видеоассистированные операции при тщательном отборе больных являются альтернативой открытым традиционным вмешательствам. Дальнейшее внедрение лапароскопических операций в практическую деятельность онкологических и колопроктологических центров позволит улучшить результаты лечения больных КРР.



ВНУТРИБРЮШНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Рост заболеваемости раком колоректальной локализации и проблемы непосредственных результатов его лечения определяют актуальность этой темы для клиники.

Материалы и методы. Представлен сравнительный анализ наиболее тяжелых послеоперационных осложнений, какими являются внутрибрюшные осложнения (ВБО), за два периода работы ОО1 ГБУЗ КО ОКОД 2000-2006 гг. и 2007-2013 гг. Суммарно за 14 лет прооперированы 1096 больных раком толстого кишечника, в первые 7 лет — 479, во вторые — 617. Соотношение М : Ж равняется 1 : 1,6 — 402 и 694, соответственно. Мужчин в возрасте 50-80 лет — 86,0 %, женщин — 85,6 %, причем на возраст 71 г. и старше приходятся 24,8 % и 25,4 %, соответственно. Стадия заболевания по системе TNM — pT1-3N0M0 217 (19,7 %), pT4N0M0 — 399 (36,4 %), pT4N1M0 — 221 (20,2 %), pT1-4N0-2M1 — 185 (17,0 %) пациентов.

Результаты исследования. Наиболее часто за эти годы выполнялась правосторонняя гемиколэктомия — 306 (за первые и вторые 7 лет 138 и 168 пациентов). Частота ВБО составляет 7,2 % и 4,8 %, соответственно, в среднем 5,9 %. Летальность при этих осложнениях — 2,2 % и 1,8 %, в среднем 2,0 %.

Второе место по частоте применения приходится на резекцию сигмовидной кишки — 262 больных (116 и 146 за сравниваемые периоды). Процент ВБО равен 2,6 % и 2,7 %, соответственно, в среднем за 14 лет — 2,7 %. Летальность за 2000-2006 гг. 2 (1,7 %), за 2007-2013 гг. — 0, в среднем — 0,8 %.

Обструктивная резекция ободочной и сигмовидной кишок при осложненных формах рака выполнена у 181 пациента (84 и 97 за оба периода работы). ВБО зарегистрированы у 9,5 % и 5,1 % пациентов, соответственно, в среднем у 7,2 %. Летальность за первые 7 лет контрольного периода 1 (1,2 %), за вторые 7 лет — 0 %, в сумме за 14 лет — 0,5 %.

Левосторонняя гемиколэктомия проведена 141 больному раком левых отделов толстого ки-

шечника (59 и 82 за сравниваемые годы). Частота ВБО несколько выше, чем при других локализациях процесса, 8,5 % и 7,3 %, соответственно, за 14 лет — 7,8 %. Летальность 1 (1,7 %) и 1 (1,2 %) за оба сравниваемых периода, за 14 лет — 1,4 %.

Ободной илеотрансверзоанастомоз при невозможности выполнения радикальной или паллиативной резекции сформирован за 14 лет работы 61 пациенту (24 и 37 за 1-й и 2-й периоды наблюдения). Соответственно тяжести состояния пациентов, ВБО установлены у 3 (12,5 %) и 3 (8,1 %) больных, в среднем за 14 лет — 6 (9,8 %). Послеоперационная летальность от ВБО — 1 (4,2 %) и 2 (5,4 %), за 14 лет — 3 (4,9 %).

Резекция поперечно-ободочной кишки при локализации новообразования в среднем ее отделе произведена 12 и 21 пациенту. ВБО зарегистрированы у 2 (16,7 %) и у 3 (14,3 %) за первое и второе 7-летия, в среднем за все годы у 5 (15,1 %) больных. Уровень летальности 1 (8,3 %) и 1 (4,8 %), соответственно, за 14 лет — 6,1 %.

Субтотальная колэктомия произведена за 14 лет 8 больным с ВБО в 37,5 % случаев, но без летальных исходов. Формирование петлевых колостом при невозможности резекционных операций проведено 39 и 65 пациентам за оба периода наблюдения с частотой ВБО у 2 (5,1 %) и у 4 (6,1 %) из них, в среднем у 5,8 %. Летальность при ВБО — 2 (5,1 %) и 1 (1,5 %), в сумме за 14 лет — 3 (2,9 %).

Всего по поводу рака толстого кишечника за 2000-2006 гг. прооперированы 475 больных, за 2007-2013 гг. — 621. Количество ВБО составляет 33 (6,9 %) и 36 (5,8 %), соответственно, всего за 14 лет работы 69 (6,3 %). Летальность при ВБО 11 (2,3 %) и 8 (1,3 %), в среднем — 1,7 %. Таким образом, в отделении ОО1 ОКОД за последние 7 лет периода наблюдения увеличилось количество радикально прооперированных больных раком ободочной кишки на 27,5 %.

Процент ВБО за 2007-2013 гг. уменьшился относительно 2000-2006 гг. на 1,3 % (с 6,9 % до 5,8 %), летальность при ВБО снизилась с 2,3 % до 1,3 %.



ПISKУНОВ В.П.

ГБУЗ КО Областной клинический онкологический диспансер,
г. КемеровоАНАЛИЗ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

В общей структуре злокачественных новообразований частота рака прямой кишки (РПК) превышает 10 % и продолжает неуклонно увеличиваться, но, как и прежде, основным методом его лечения остается хирургический.

Материалы и методы. По данным ОО №1 ОКОД за два семилетних периода работы (2000-2006 и 2007-2013 гг.) проведен сравнительный анализ непосредственных результатов хирургического лечения РПК, осложненного несостоятельностью швов межкишечного анастомоза, перитонитом, кишечной непроходимостью, кровотечением, перфорацией полых органов, инфильтратами и гнойниками брюшной полости и параколомостомической зоны и т.д., объединенных термином «внутрибрюшное осложнение» (ВБО). За 14-летний период прооперированы 1662 больных РПК и ректосигмоидного перехода, за 2000-2006 гг. — 661 и за 2007-2013 гг. — 1001. Соотношение муж. : жен. = 1 : 1,1 (мужчин 803, женщин 859). Возраст подавляющего числа больных 51-80 лет (86,5 % мужчин и 86,1 % женщин). Стадия заболевания по системе TNM: pT1-3N0M0 — 289 (17,4 %), pT4N0M0 — 631 (38,0 %), pT4N1M0 — 322 (19,4 %), pT1-4N0-2M1 — 339 (20,4 %). На другие стадии приходится 4,9 % пациентов.

Результаты исследования. Из общего числа госпитализированных больных радикальные и циторедуктивные операции произведены 1341 (80,7 %), симптоматические — 321 (19,3 %). Отдельную подгруппу составляют ранее прооперированные пациенты, поступающие на реконструктивно-восстановительные операции — 160.

В группе резектабельных больных сфинктерсохраняющие операции выполнены 889 (62,1 %), сфинктеруносащие — 452 (24,8 %) пациентам. Наиболее предпочтительная из сохраняющих сфинктер операций — передняя резекция прямой кишки (ПК) за 2000-2006 гг. проведена 69, за 2007-2013 гг. — 166 пациентам. Процент послеоперационных ВБО составляет 4,3 % и 12,6 % соответственно, в среднем — 10,2 % с летальностью при них 0 % и 1,2 %, в среднем за 14 лет работы — 0,8 %.

Передняя резекция ПК по Гартману выполнена за оба периода наблюдения 69 и 139 больным. ВБО отмечены у 7 (10,1 %) и 8 (5,7 %) из них, соответственно, в среднем — 7,2 %. Послеоперационная летальность при ВБО 1 (1,4 %) за первые 7 лет и 0 % за вторые, в среднем — 0,5 %.

До недавнего времени широко применявшаяся нами БАР ПК с низведением в анальный канал сигмовидной или нисходящей кишки в избытке произведена за два периода работы 112 и 110 пациентам. Частота ВБО самая высокая 20 (18,6 %) и 29 (26,6 %), в сумме за 14 лет — 49 (22,1 %) случаев. Летальность составляет 2 (1,8 %) и 1 (0,9 %), в общем за весь период наблюдения 3 (1,3 %). Второй вариант БАР ПК с колостомой выполнена 85 и 139 пациентам за первые и вторые 7 лет наблюдения, соответственно. ВБО зафиксированы у 5 (5,9 %) и 8 (5,7 %), из них с летальностью 1 (1,2 %) и 1 (0,7 %), в сумме за 14 лет — 2 (0,9 %) больных.

Наиболее травматичная в колопроктологии сфинктеруносащая БПЭ ПК проведена у 193 и 259 пациентов за 2000-2006 и 2007-2013 гг., соответственно. Количество ВБО составляет 11 (5,7 %) и 17 (6,6 %), в сумме за оба периода 28 (6,2 %). Летальность при ВБО 4 (2,1 %) за первые 7 лет работы отделения и 1 (0,4 %) — за последние 7 лет, в сумме за 14 лет — 5 (1,1 %).

Симптоматические операции при нерезектабельности процесса произведены 134 и 187 больным за оба контрольных периода. ВБО отмечены у 8 (6,0 %) и 5 (2,7 %), в сумме — у 13 (4,0 %) пациентов. Летальность за первые и вторые 7 лет составила 2 (1,5 %) и 2 (1,1 %), соответственно, в сумме за 14 лет — 4 (1,2 %).

Отдельной подгруппой представлены пациенты, подлежащие хирургической реабилитации. Реконструктивно-восстановительные операции выполнены 59 и 101 пациенту за первый и второй периоды наблюдения. ВБО диагностированы у 6 (10,2 %) и 7 (6,6 %) больных, соответственно, в сумме за оба периода — у 13 (8,1 %). Частота летальных исходов при этом 2 (3,4 %) и 1 (1,0 %), в сумме — 3 (1,9 %).

Всего при РПК за 2000-2006 и 2007-2013 гг. прооперированы 720 и 1102 пациентов, соответственно. ВБО за эти сроки зарегистрированы у 60 (8,3 %) и 100 (9,1 %), в сумме за 14 лет — у 160 (8,8 %) больных, с летальностью 12 (1,7 %) и 8 (0,7 %) за оба периода, в целом — 20 (1,1 %) случаев.

Выводы.

1. Количество поступающих на оперативное лечение больных РПК за последние 7 лет увеличилось в 1,5 раза, опережая темп прироста заболеваемости по области.
2. Процент интраабдоминальных осложнений за последние годы не имеет тенденции к сниже-



нию, за исключением резекции ПК по Гартману, реконструктивно-восстановительных и симптоматических операций.

3. Уровни летальности при ВБО за 2007-2013 гг. уменьшились почти при всех видах оперативных вмешательств, и в целом за 7 лет — на 1,0 %.





АФАНАСЬЕВ С.Г., УСЫНИН Е.А.
Томский НИИ онкологии,
г. Томск

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

В настоящее время в клинической онкологии показания к проведению эвисцерации органов малого таза (ЭМТ) значительно расширились, однако непосредственная и отдаленная эффективность подобных операций остается предметом дискуссий.

Цель исследования — оценка эффективности расширенных операций при местнораспространенных злокачественных опухолях малого таза.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 21 больного (мужчин — 9, женщин — 12) в возрасте 44-69 лет, с местнораспространенными злокачественными опухолями малого таза, получавших лечение в НИИ онкологии СО РАМН в 2010-2013 гг. Из них у 16 (76,2 %) пациентов — рак прямой кишки (РПК) с инвазией в смежные органы (задняя стенка мочевого пузыря — 9, матка — 7, мочеточники — 5, простата — 4, влагалище — 3), у 3 (14,3 %) — ПМЗО (РПК + рак мочевого пузыря — 2, РПК + рак эндометрия — 1), у 2 — саркомы малого таза — 1. Во всех случаях до лечения получена морфологическая верификация, проводилось комплексное обследование (УЗИ и МРТ органов малого таза, видеоколоноскопия, цистоскопия).

Результаты и обсуждение. Объемы выполненных операций: в 4 (19,0 %) случаях — полная ЭМТ, в 9 (42,9 %) — задняя ЭМТ, в 6 (28,6 %) —

комбинированная резекция прямой кишки с резекцией смежных органов. Чаще всего выполнялась резекция мочевых путей — у 16 (76,2 %) больных, из них у 13 (61,9 %) — первичная пластика мочевого пузыря и/или мочеточников. Послеоперационные хирургические осложнения развились у 7 (33,3 %) пациентов, что потребовало повторных операций в 4 (19,0 %) наблюдениях. Летальных исходов не было. Отдаленные результаты: РПК — общая и безрецидивная 2-летняя выживаемость — 75 % и 56,3 %, ПМЗО — все пациенты живы без признаков рецидивов, сроки наблюдения > 24 мес.; внеорганные саркомы — местные рецидивы возникли в течение 1-го года, пациентки погибли от прогрессирования заболевания через 6 и 15 мес. после операции.

Заключение. Лечение распространенных опухолей органов малого таза требует выполнения обширных операций мультидисциплинарной бригадой хирургов. Несмотря на травматичность побочных вмешательств, при адекватном обеспечении периоперационного периода, непосредственные результаты можно расценивать как удовлетворительные. Отдаленные результаты позволяют рассматривать подобные операции в качестве метода выбора при местнораспространенных эпителиальных злокачественных опухолях органов малого таза.



ВОЗМОЖНОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ С АОРТО-ПОДВЗДОШНОЙ ЛИМФОДИСЕКЦИЕЙ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

В настоящее время отмечается неуклонный рост заболеваемости рака прямой кишки (РПК). Современная хирургическая стратегия при РПК подразумевает выполнение обширных вмешательств с принципиальной аорто-подвздошной лимфодиссекцией, зачастую с резекцией смежных органов, что предъявляет особые требования к адекватности анестезиологического пособия.

Цель исследования — оценить эффективность мультимодальной аналгезии при радикальных операциях по поводу рака прямой кишки.

Материал и методы. В исследование включены 34 пациента РПК, которые были распределены на 2 группы: основная группа ($n = 10$), в которой выполнялись радикальные операции, с применением комбинированной мультимодальной анестезии, контрольная группа ($n = 24$) — оперативное вмешательство со стандартным анестезиологическим сопровождением. В предоперационном периоде всем пациентам проведена дистанционная лучевая терапия СОД 40–60 Гр. Во время хирургического вмешательства выполнялась принципиальная аорто-подвздошная лимфодиссекция. Методика комбинированной мультимодальной анестезии включает катетеризацию эпидурального пространства на уровне Th10–11 с постоянной инфузией анальгетической смеси по схеме Бревика, в течении 20 минут скорость введения 15 мл/час, затем она уменьшается до 5–8 мл/час. Премедикация, индукция — стандартные. Эндотрахеально осуществлялась ингаляция севофлурана 1,5–0,7 об%. Во контрольной группе катетеризация эпидурального пространства не проводилась. Премедикация, индукция, поддержание анестезии — аналогичные. В основной группе эпидуральная аналгезия продолжена в ближайшем послеоперационном периоде способом постоянной инфу-

зии с помощью одноразовой микроинфузионной помпы по схеме Бревика. В группе контроля послеоперационное обезболивание проводится с помощью наркотических и ненаркотических анальгетиков.

Результаты. При оценке адекватности анестезии по интраоперационному мониторингу (ЭКГ, инвазивное АД, ЧСС, SpO_2), на всех этапах исследования: до операции и на этапах ее выполнения (лапаротомия, мобилизация препарата, ушивание операционной раны) отмечается более гладкое течение в основной группе. В контрольной группе отмечено колебания среднего артериального давления, ЧСС на этапах чревосечения и лимфодиссекции. Оценка выраженности острого послеоперационного болевого синдрома по десятибалльной визуально-аналоговой шкале проводилась в несколько этапов: по окончании операции, на 1-е и 3-е сутки послеоперационного периода. В основной группе послеоперационный болевой синдром достоверно ниже. При анализе расхода наркотических и ненаркотических анальгетиков в раннем послеоперационном периоде в основной группе отмечается более низкая потребность этих препаратах. Пациентам основной группы практически не потребовалось проведение продленной ИВЛ в отделении анестезиологии реанимации. Послеоперационных нехирургических осложнений не было.

Выводы. Применение мультимодальной анестезии (ингаляционная анестезия севофлураном с продленной эпидуральной анестезией) у больных, оперированных по поводу рака прямой кишки, позволяет обеспечить достаточный уровень анестезии и аналгезии без применения наркотических анальгетиков, уменьшает необходимость продленной ИВЛ. Полученные предварительные результаты позволяют рассматривать методику как эффективную.



ТАРАСОВА А.С., АФАНАСЬЕВ С.Г., СТАРЦЕВА Ж.А., УСОВА А.В., ФРОЛОВА И.Г.
*Томский НИИ онкологии,
г. Томск*

ТРАНСАНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ОСТАТОЧНОЙ ОПУХОЛИ В УСЛОВИЯХ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Альтернативой агрессивному хирургическому лечению низкорасположенных опухолей прямой кишки может являться проведение предоперационной лучевой терапии (ЛТ) с целью достижения эффекта «downstaging» — уменьшения стадии и «downsizing» — уменьшения размеров опухоли, что создает условия для выполнения экономных, но радикальных операций.

Цель исследования — оценить отдаленную эффективность экономной резекции остаточной опухоли прямой кишки после предоперационной ЛТ с радиосенсибилизацией капецитабином.

Материалы и методы. В исследование включены 9 больных с аденокарциномой прямой кишки II ст. (T3N0M0), у которых после ЛТ объем операции ограничен трансанальной резекцией остаточной опухоли. До облучения по данным МРТ, видеокколоноскопии и ЭУС были показания для брюшно-промежностной экстирпации: среднее расстояние дистального полюса опухоли от Z-линии — 2 см (0-4,5), средняя протяженность процесса — 4 см (3-5,5), вовлечение внутреннего сфинктера — 4 пациентов. На первом этапе проведен курс гамма-терапии СОД 40 Гр с радиосенсибилизацией капецитабином. После оценки эффекта, облучение продолжено в виде дистанционной гамма-терапии в стандартном ре-

жиме до СОД 60 Гр (n = 5) или 5 сеансов внутриполостной гамма-терапии в дозе 3 Гр (аппарат MultiSource), СОД 54 Гр (n = 4). Операция выполнялась через 6 недель после ЛТ.

Результаты и обсуждение. Характер лучевых реакций по шкале RTOG/EORTC зависел от способа облучения: при внутриполостной ЛТ наблюдался лучевой ректит I-II ст. у 4 пациентов, при дистанционном облучении лучевой цистит I ст. — у 2 больных. Реакции купировались симптоматической терапией. После ЛТ распространенность опухоли изменилась: дистальный полюс опухоли от Z-линии — 3,5 см (1,75-4,25), средняя протяженность — 2 см (0-3,25), поражения внутреннего сфинктера — нет. Полученный эффект (частичная регрессия) позволил выполнить трансанальное иссечение остаточной опухоли в пределах здоровых тканей. Послеоперационных осложнений не было. При гистологическом исследовании — лечебный патоморфоз III-IV ст. При наблюдении в отдаленные сроки (18-24 мес.) рецидивов заболевания не выявлено.

Выводы. Пролонгированный расщепленный курс предоперационной ЛТ приводит к частичной регрессии рака прямой кишки II ст., что создает условия для экономных резекций без ущерба для радикальности.





МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫЙ И ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ РАК ПРЯМОЙ КИШКИ (ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ И МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ)

Местно-распространенный рак прямой кишки — это ограниченная в подвижности или неподвижная опухоль с вовлечением или разрушением собственной фасции, без явных признаков отдаленного метастазирования у больных, которым в связи с распространением ее за пределы органа невозможно выполнить радикальную операцию без высокого риска развития местного рецидива в ближайшие сроки после операции. Для больных с прогностически неблагоприятным раком прямой кишки фактор «подвижности опухоли» не является определяющим. Более значима для них локализация опухоли в нижеампулярном отделе, распространение ее за пределы стенки кишки, МРТ симптоматика сосудистой и/или периневральной инвазии, множественное поражение лимфатических узлов малого таза, положительная циркулярная граница резекции, что свидетельствует о высоком риске местного рецидивирования и отдаленного метастазирования при выполнении радикальной операции.

Данные рандомизированных исследований EORTC 22921 [2006] и FFCD 9203 [2006] по показателям резектабельности, частоте полных регрессий, общему числу рецидивов и пятилетней выживаемости убедительно демонстрируют эффективность химиолучевой терапии у больных в обеих группах. В случае местного распространения она позволяет добиться максимальной регрес-

сии, в прогностически неблагоприятном варианте снизить агрессивный потенциал опухоли с целью создания условий для выполнения R-0 операции. Мы применяем две схемы лучевого лечения в сочетании с 5-ФУ и капецитабином. Последняя схема по эффективности, уровню токсичности, удобству применения более предпочтительна. Подтверждением этого служат результаты наших сравнительных исследований по частоте полных регрессий. Капецитабин повысил число больных с полной регрессией опухоли с 8 % до 21 %. Однако при оценке отдаленных результатов этот фактор не оказал существенного влияния. Пятилетняя безрецидивная выживаемость после предоперационной лучевой терапии в сочетании с капецитабином и 5-фторурацилом была приблизительно равной $62,4 \pm 9,0$ % и $57,2 \pm 7,3$ %, соответственно. Завершает лечение тщательный анализ всех морфологических данных для выбора наиболее оптимальной схемы адъювантной лекарственной терапии.

Заключение. Предоперационное химиолучевое воздействие повышает резектабельность, увеличивает число органосохраняющих оперативных вмешательств, совместимо со всеми видами оперативных вмешательств и повышает пятилетнюю выживаемость. Капецитабин позволяет снизить число токсических реакций и дает возможность достоверно увеличить частоту полных регрессий опухоли.





ЛАВРИКОВА Н.В., ВАЖЕНИНА А.А
ГБУЗ ЯНАО Салехардская окружная клиническая больница,
Региональный онкологический центр,
г. Салехард, ЯНАО

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Проблема метастатического колоректального рака (мКРР) остается актуальной на протяжении достаточно длительного периода. Подходы к лечению данной патологии постоянно пересматриваются, открываются новые и новые предикторы эффективности медикаментозной терапии, внедряются новые методы, призванные улучшить качество диагностики рецидивов заболевания. Оптимизируются методы лечения мКРР, что позволяет повысить эффективность лечения и снизить его стоимость.

Приводим следующий **клинический случай**: Пациентка Х., 56 лет, **диагноз**: «С-г восходящего отдела толстой кишки Т3N1M1, IVst. Состояние после правосторонней гемиколонэктомии (24.04.13), 12 курсов ПХТ. Стабилизация. Г.Д.: № 8415/6 от 30.04.2013 г.: Аденокарцинома кишечного типа, умеренно дифференцированная, прорастает всю стенку, рост в клетчатку до 0,1 см. В 3-х л/узлах — тотальное метастатическое поражение. Край резекции без признаков злокачественного роста».

Сопутствующий диагноз: «Миокардиодистрофия сложного генеза. Артериальная гипертензия 2 ст., риск 2. ХСН 1. Диффузный остеопороз».

Пациентка Х., 56 лет, находилась на лечении в онкологическом отделении Регионального онкологического центра Салехардской окружной клинической больницы с 16.01.14 г. по 18.01.14 г. Госпитализирована в плановом порядке.

Из анамнеза: Жалобы на слабость, головокружение, быструю утомляемость с октября 2012 г. В конце марта 2013 г. при обследовании в филиале ФГБУ НИИ кардиологии Сибирского отделения РАМН г. Тюмень выявлена анемия тяжелой степени (Hb 55 г/л). В ООО «Консультативно-диагностическая поликлиника им. Н.Н. Нигинского» г. Тюмень 01.04.13 г. проведена мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки и брюшной полости. **Заключение**: объемное образование восходящего отдела толстой кишки, очаговые образования 0,5-1,3 см в правом легком, слева — 1. В связи с ухудшением самочувствия в виде резкого снижения артериального давления до 70/40 mmHg, выраженной слабостью, потерей сознания бригадой скорой медицинской помощи доставлена в приемное отделение ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1» г. Тюмень, госпитализирована в гематологическое отделение

для дообследования и симптоматического лечения.

05.04.13 г. проведена **ФКС**: в устье баугиниевой заслонки обнаружена язва под налетом фибрина, при пальпации щипцами ткань плотная, прилегающая слизистая гиперемирована, инфильтрирована.

Гистологический диагноз: 8144/3 11.04.13 — умеренно дифференцированная аденокарцинома. Дальнейшее лечение проводилось в условиях ГБУЗ «Тюменский областной онкологический диспансер». 24.04.13 г. выполнена операция в объеме правосторонней гемиколонэктомии с наложением антиперистальтического илеотрансверзоанастомоза бок в бок. **Гистологическое заключение**: № 8415/6 от 30.04.2013 г.: Аденокарцинома кишечного типа, умеренно дифференцированная, прорастает всю стенку, рост в клетчатку до 0,1 см. В 3-х л/узлах — тотальное метастатическое поражение. Край резекции без признаков злокачественного роста.

По решению ЛКК дальнейшее лечение проводилось в условиях ГБУЗ Салехардской окружной клинической больницы. Проведено 4 курса лекарственной терапии по схеме XELOX (Кселода 1000 мг/м² — по 3 табл. 2 раза в день 1-14 день, Элоксатин 130 мг/м² — 200 мг) + Авастин 400 мг. Выраженных побочных эффектов зафиксировано не было. При контрольном обследовании в условиях СОКБ от 10.07.13 г. КТ ОГК, ОБП (с внутривенным контрастированием): в 1 сегменте правого легкого образование — 3 мм, в 6 сегменте — 6 мм, в 9 сегменте — 11 мм, в десятом — 7 мм; слева в шестом сегменте — до 6 мм. Положительная динамика в виде уменьшения количества образований в правом легком. Признаки остеопороза. Проведена ЛКК. Принято решение о продолжении лечения по прежней схеме.

После 5 курса у пациентки развивалась ладонно-подошвенная эритродизестезия I-II ст, повышение трансаминаз (АЛТ — 81 Ед/л, АСТ — 66 Ед/л). Проведена корригирующая терапия (Ремаксол, гептор, берлитион 600, перевязки с Бранолиндом). Зафиксирован положительный эффект. Дальнейшее лечение проходило без редукции дозы Кселоды. 29.08.13 г. выполнена имплантация постоянного венозного порта Celsite ST301V в правую подключичную область.

30.08.13 химиотерапевтическое лечение продолжено. После проведения 8 курсов ПХТ 27.10.13 г. проведено контрольное исследование:



КТ ОГК, ОБП, ОМТ в условиях СОКБ. В правом легком — 3 очага от 3-6 мм, слева — до 4-х 5-12 мм. Результаты обследования обсуждены на ЛКК, зафиксирована стабилизация заболевания. Рекомендовано продолжить лечение по прежней схеме до 12 курсов. На фоне проведенных курсов ПХТ развилась тромбоцитопения I степени, не требующая дополнительной медикаментозной коррекции.

20.12.13 г. проведена ПЭТ КТ (ГБУЗ ТО Онкодиспансер г. Тюмень) — в паренхиме легких очаги фиброза до 0,5 см, очагов патологической метаболической активности ^{18}F -ФДГ в пределах разрешающей способности аппарата не выявлено.

С 16.01.14 г. по 18.01.14 г. — 12 курс лекарственной терапии.

Учитывая клинико-инструментальные данные (стабилизации заболевания), ЛКК от 16.01.14 г., принято решение о завершении курсов системной химиотерапии. Учитывая мутантный тип гена K-ras (G12D), пациентке показано продолжение таргетной терапии (Авастин 400 мг в монорежиме каждые 3 недели) — 4 месяца.

06.02.14 г., 27.02.14 г., 20.03.14 г., 10.04.14 г. — введения Авастина.

МСКТ ОГК, ОБП, ОМТ с внутривенным болюсным усилением от 06.05.14 г. в ГБУЗ ТО «ОКБ № 1»: в левом легком субплеврально в 6 сегменте единичное образование до 0,3 см, справа в 10 сегменте — фиброзный тяж.

ПЭТ КТ 31.07.14 г. (ГБУЗ ТО Онкодиспансер г. Тюмень): очагов патологической метаболической активности ^{18}F -ФДГ в пределах разрешающей способности аппарата не выявлено.

МСКТ ОГК, ОБП, ОМТ с внутривенным болюсным усилением 18.11.14 г. в ГБУЗ ТО «ОКБ № 1»: в 10 сегменте правого легкого — фиброзный тяж. На март 2015 г. назначен плановый контрольный осмотр.

Таким образом, говоря о персонализированном подходе к лечению м КРР, мы видим пример полноценного использования возможностей коллективов четырех медицинских учреждений на фоне обеспечения доступности бесплатного обследования в рамках договоров между ЯНАО и Тюменской областью, несмотря на агрессивные биологические характеристики опухоли, тяжелую транспортную ситуацию и наступающую эру affordable care act.



ЖАРКОВА О.В., ВЯЛОВА К.В., КОЛОМИЕЦ С.А.
ГБУЗ КО ОКОД,
г. Кемерово

АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ДИССЕМИНИРОВАННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В АМБУЛАТОРНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Проблема колоректального рака на сегодняшний день является актуальной для современной онкологии из-за высокой заболеваемости и значительной смертности в России и других развитых странах мира. Ежегодно в мире регистрируется около 800 тысяч больных колоректальным раком и около 400 тысяч смертей от этого заболевания. С 2006 года в ГБУЗ КО ОКОД при лечении диссеминированных форм колоректального рака применяется антиангиогенный препарат бевацизумаб.

Цели исследования — изучить эффективность и токсичность бевацизумаба в комбинации с двумя программами химиотерапии у больных метастатическими формами колоректального рака.

Методы. Две группы больных получали лечение по следующим программам: первая группа — оксалиплатин 100 мг/м² внутривенно в 1 день, лейковорин 20 мг/м² + 5-фторурацил 500 мг/м² внутривенно с 1 по 5 дни, интервал между курсами 3 недели. Лечение по этой программе получили 22 человека.

Вторая группа (24 пациента) получала лечение по программе оксалиплатин 50 мг/м² внутривенно в 1, 8, 15 дни, капецитабин 2000 мг/м² внутрь с 1 по 14 дни. Интервал между курсами 2 недели. Все пациенты получали бевацизумаб в дозе 5 мг/кг в 1 и 15 дни курса.

Каждый больной получил не менее четырех курсов химиотерапии, после чего выполнялась оценка непосредственного эффекта по степени регрессии опухоли под влиянием химиотерапии по критериям RECIST v.1.1. Оценка степени выраженности побочных реакций оценивалась в соответствии с рекомендациями CTC-NCI, v.2.0.

Характеристика исследуемых групп. В каждую группу включались больные, у которых впервые установлен рак толстой кишки IV стадии и пациенты, у которых возник рецидив заболевания после предшествующего оперативного лечения по поводу более ранних стадий. Также включены больные, которым выполнены паллиативные оперативные вмешательства на различных отделах толстой кишки. Возраст больных не старше 75 лет. Объективный статус по шкале ECOG не больше 2 баллов. Диагноз рака толстой кишки верифицирован по данным гистологического и цитологического исследования. Те пациенты, которые получали предшествующую хими-

отерапию, в исследование не включались. Таким образом, пролечено 46 больных диссеминированным раком ободочной кишки в возрасте от 28 до 73 лет, среди них мужчин — 30, женщин — 16. Нарушение общего состояния больных оценено по шкале ECOG. У всех больных диагноз подтвержден гистологически. Характеристика преимущественной локализации метастазов до начала лечения показывает, что отмечалась значительная частота метастатического поражения печени, легких и плевры, реже — местный рецидив, метастазы в забрюшинные лимфатические узлы и яичники.

Результаты. Эффективность лечения оценивалась в соответствии с критериями RECIST v.1.1. у всех 46 больных, получивших не менее 4 курсов лечения. Общий эффект программы OXA/5-FU/LV/BEV по сумме полных и частичных регрессий составил $40,91 \pm 8,6 \%$, из них $4,54 \pm 5,1 \%$ полных регрессий. Общий эффект терапии в группе OXA/CAP/BEV составил $45,83 \pm 8,6 \%$ (11 больных), из них полной регрессии удалось добиться у четырех пациентов, что составило $16,66 \pm 5,6 \%$. Медиана времени до прогрессирования в первой группе больных составила 8,3 месяца, во второй — 9,8 месяцев. В группе OXA/CAP/BEV трое из пяти пациентов с изолированными метастазами в печень были прооперированы после 3-х месяцев лечения по указанной программе, возникшие у пациентов послеоперационные осложнения не были связаны с предшествующей терапией бевацизумабом. Следует подчеркнуть высокую значимость симптоматического эффекта для этой тяжелой категории пациентов. В процессе лечения проводилась оценка симптоматического эффекта изучаемых программ химиотерапии, о чем судили по увеличению физической активности (изменение статуса по шкале ECOG), по ослаблению болей (на основании жалоб пациентов), по изменению массы тела. После окончания химиотерапии по представленным программам уменьшилось число больных, изначально имевших нарушения общего состояния 2 и 3 степени. И если до начала химиотерапии не имели нарушений общего состояния 15 больных (32,62 %), то после ее окончания эта группа увеличилась до 23 пациентов (50,0 %).

Клинически значимых осложнений, требующих прекращения терапии, зарегистрировано не было.



Заключение. Таким образом, амбулаторное применение бевацизумаба в комбинации с различными режимами химиотерапии у больных диссеминированным раком ободочной кишки сопровождается низким риском осложнений и увеличивает время до прогрессирования, что позволяет надеяться на улучшение отдаленных результатов лечения данной категории пациентов.





КРАСИЛЬНИКОВА М.А., ЖИВОТОВСКИЙ А.С.
ГБУЗ КО ОКОД,
г. Кемерово

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА НА БАЗЕ ОТДЕЛЕНИЯ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ В ОБЛАСТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ ГОРОДА КЕМЕРОВО

Актуальность. Тенденция роста заболеваемости колоректальным раком (КРР) неразрывно связана с показателями запущенности. Как известно, доля пациентов с местнораспространенным и метастатическим процессом остается велика. Данная категория пациентов нуждается в комплексном и комбинированном лечении. Учитывая непосредственный рост заболеваемости КРР и увеличение количества пациентов, нуждающихся в проведении химиотерапии, на базе онкологического отделения № 1 (отделение общей хирургии) было выделено 5 коек для проведения адъювантной и паллиативной химиотерапии первой линии для пациентов с КРР.

Цель исследования — оценить результаты первого опыта проведения химиотерапии на базе отделения хирургического профиля у пациентов в ранние сроки после оперативного лечения.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования послужили истории болезни пациентов, пролеченных в период с сентября 2014 года по февраль 2015 года.

Результаты. За исследуемый период было пролечено 19 пациентов с КРР: 3 пациента в составе комплексного лечения, 15 в составе комбинированного, 1 пациент получал ПХТ в самостоятельном плане. Всем пациентам химиотерапия была начата через 3-4 недели после оперативного лечения.

Все пациенты с IIВ стадией — 6 человек, получали адъювантную ПХТ по схеме «Мейо» (5-FU/LV), в составе комбинированного лечения, из них 5 с раком ободочной кишки, 1 пациент с раком прямой кишки.

Пациенты с IIIВ стадией — 6 человек, получали комплексное (2 человека) и комбинированное (4 человека) лечение с ПХТ по схеме

«FOLFOX-4» (OXA/5-FU/LV), из них 3 пациента с раком ободочной кишки, 3 пациента с раком прямой кишки.

Пациенты с IV стадией заболевания — 7 человек, получали ПХТ в режиме «FOLFOX-4», из них 1 получал ПХТ, как самостоятельный вид лечения (операция колостомии по причине диссеминированного процесса, местнораспространенный синхронный рак прямой и ободочной кишки), 4 пациента с солитарными метастазами в печень (комбинированные операции с резекцией печени, 2 пациента с раком ободочной кишки, 2 с раком прямой кишки), 2 пациента с множественными метастазами в печени после циторедуктивных операций (один из них с раком ободочной кишки, другой с раком прямой кишки).

У всех пациентов для оценки эффективности лечения проводился контроль ФКС, УЗИ и КТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и органов малого таза, контроль показателей РЭА. Из 19 пациентов: прогрессирование процесса у 1 пациента с IIВ стадией, после 3-го курса ПХТ (канцероматоз органов брюшной полости, асцит), у пациентов после циторедуктивных операций и после колостомии — стабилизация процесса по данным КТ, у остальных пациентов данные за прогрессирование процесса или рецидив отсутствовали.

Выводы. Проведения ПХТ на базе онкологического отделения № 1 позволило начинать лечение пациентов в максимально ранние допустимые сроки после операций и не имеет существенных недостатков по сравнению с лечением в специализированном химиотерапевтическом отделении. В дальнейшем по мере накопления опыта планируется проведение лечения таргетными препаратами, а также 2 линии химиотерапии.



СОЧЕТАННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Введение. В лечении рака анального канала в настоящее время преобладает консервативный подход — химиолучевое лечение.

Материалы и методы. За период с 2010 г. по сентябрь 2014 г. в диспансере находились 12 больных раком анального канала в возрасте от 30 до 68 лет (ср. возраст 49 лет). Женщины составили 93,3 %, мужчины — 6,7 %, у всех больных опухоль была представлена плоскоклеточным раком. Стадирование опухолевого процесса выполнялось по системе TNM (7 редакция). У 8 пациентов (66,6 %) — II стадия, у 3 пациентов (25,4 %) — IIIA, и у 1 больного (8 %) IIIB стадия.

Первый этап лечения начинался с ДЛТ. Больным проводилась предлучевая топометрия на аппарате Siemens Definition Somatom с системами иммобилизации пациента CIVCO и ACTINA, оконтуривание проводилось на станции FOCAL, входящей в комплекс планирования XIO. Планирование проводилось в системе XIO 4.8. Для всех больных были рассчитаны планы конформного облучения с применением MLC системы Agility (160 лепестков). На ускорителе Electa Synergy с энергией 10 МэВ, выбор энергии был обусловлен локализацией опухолей. Использование конформного облучения позволило избежать нежелательного облучения здоровых тканей, что снижает риск лучевых осложнений. В ходе первичных укладок для каждого больного проводился визуальный контроль укладки с помощью системы портальной визуализации XVI использующей kV пучок, данная система позволяет делать автокоррекцию положения стола (в пределах 2 см), отклонения от изоцентра планирования составили в среднем 2-4 мм. Ориентирование при смещении проводилось по костным ориентирам. После первичного контроля укладки в дальнейшем контроль проводился 2 раза в неделю. Лучевому воздействию подвергалась область малого таза, включая первичную опухоль и параректальные, обгусторные, наружные и внутренние подвздошные, паховые и пресакральные лимфоузлы. Разовая доза для очага составляла 2 Гр,

суммарная очаговая доза составила 44 Гр. После чего лечение продолжилось с применением брахитерапии.

Через 2 недели после стихания лучевых реакций для оценки эффекта лечения использовалась компьютерная томография органов малого таза и брюшной полости, видеокколоноскопия, ультразвуковое исследование лимфоузлов малого таза и брюшной полости.

Следующим этапом лечения после ДЛТ шла брахитерапия, проводившаяся на аппаратах GammaMed Plus и Multisource. Имплантацию игольчатых интрататов для внутритростной брахитерапии выполняли под контролем ТРУЗИ через направляющий шаблон, в остаточную опухоль, количество которых определял ее объем. Процедура проходила под спинномозговой анестезией в положении семилитомии. 3D-планирование осуществлялось в системах Abacus и HDR Plus с включением в референсную изодозную поверхность всей ткани опухоли на основании КТ-изображений, полученных после установки интрататов. Суммарные дозы от внутритканевой лучевой терапии составили 21 Гр (7 Гр с интервалом 7 дней).

Результаты. Проведение сочетанной лучевой терапии в самостоятельном плане не вызвало ни у одного больного выраженных лучевых реакций. Все пациенты закончили курс лечения. У 82 % (11 больных) отмечен полный регресс первичной опухоли с длительностью безрецидивного периода от 6 месяцев до 4 лет. 8 % (1 больной) выявлено прогрессирование процесса, по поводу чего выполнена брюшно-промежностная экстирпация.

Выводы. Применение сочетанной лучевой терапии повышает эффективность лечения и отличается хорошей переносимостью. Метод внутритканевой лучевой терапии позволяет расширить показания к радикальному лучевому лечению, что способствует существенному улучшению качества жизни больных и увеличению ее продолжительности.

АФАНАСЬЕВ С.Г., ТАРАСОВА А.С., СТАРЦЕВА Ж.А., УСОВА И.Г., ФРОЛОВА И.Г.
Томский НИИ онкологии,
г. Томск

НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ И ОТДАЛЕННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Цель исследования — оценка эффективности комбинированного лечения рака прямой кишки (РПК) II-III стадии с использованием пролонгированного курса предоперационной лучевой терапии с радиосенсибилизацией капецитабином.

Материал и методы. В исследование включены 65 пациентов с диагнозом РПК II-III стадии: I (основная) группа ($n = 32$) — пролонгированная лучевая терапия с радикальной операцией; II (контрольная) группа ($n = 33$) — хирургическое лечение. В большинстве случаев был поражен нижеампулярный отдел прямой кишки — 13 (40,6 %) и 16 (48,5 %) больных. На первом этапе комбинированного лечения проводилась дистанционная гамма-терапия (ДГТ) до СОД 40 Гр в разовой дозе 2 Гр 5 раз в неделю, на фоне радиосенсибилизации капецитабином в суточной дозе 1650 мг/м² в дни облучения. После перерыва (14 дней) определялась дальнейшая тактика. При частичной регрессии (ЧР) продолжалась неoadъювантная терапия до СОД 60 Гр путем дистанционного ($n = 22$, 68,7 %) или внутриволостного ($n = 10$, 31,1 %) облучения. При полной регрессии опухоли хирургический этап лечения не проводился. В остальных случаях операция выполнялась через 6-8 недель после окончания химиолучевой терапии (ХЛТ).

Результаты и обсуждение. Все пациенты удовлетворительно переносили предоперационную ХЛТ, она завершена в запланированном объеме. Лучевые реакции зависели от методики облучения, при ДГТ в 3 (9,4 %) случаях возникли лучевые циститы, при внутриволостном облучении в 6 (18,8 %) — лучевые ректиты I-II степени по шкале RTOG/EORTC. При оценке результатов ХЛТ у 7 (21,8 %) пациентов зарегистрирована полная, морфологически подтвержденная регрессия опухоли, операция не выполнялась. При наблюдении в течение 6-24 мес. признаков прогрессирования не отмечено. У 25 (78,2 %) пациентов I группы зафиксирована ЧР первичной

опухоли, что потребовало хирургического вмешательства. Сравнительная оценка результатов комбинированного лечения проведена только у этих 25 больных. В основной группе в 1,5 раза реже выполнялась брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки по сравнению с контрольной — в 4 (16,0 %) и 8 (24,2 %) случаях, соответственно. До начала комбинированного лечения большое число больных I группы имели показания к ее выполнению. Пролонгированная ХЛТ обеспечила условия для выполнения большего числа сфинктеросохраняющих вмешательств, 84,0 % — в основной группе, 75,4 % — в контрольной. Летальных исходов не было, количество послеоперационных осложнений в обеих группах не отличалось — 36,6 % и 33,3 %, соответственно. Анализ 2-летней выживаемости в сравниваемых группах проводился отдельно в зависимости от окончательного стадирования. При РПК II стадии 2-летняя безрецидивная выживаемость при комбинированном лечении составила 100 %, при хирургическом — 88,9 % ($p > 0,05$). При РПК III стадии этот показатель при комбинированном лечении оказался значимо выше, чем в группе контроля — 78,9 % и 28,6 % ($p = 0,046$). Значения общей 2-летней выживаемости в сравниваемых группах при РПК II стадии также не имели значимых различий — 100 % и 90 % ($p > 0,05$). Тогда как у пациентов РПК III стадии, получавших ХЛТ, 2-летняя общая выживаемость значимо выше, чем при хирургическом лечении — 95 % и 53,8 %, соответственно ($p = 0,006$).

Выводы. Результаты лечения РПК II-III стадий с использованием пролонгированного курса лучевой терапии и капецитабина в качестве радиосенсибилизатора позволяют оценивать разработанную программу как эффективный и безопасный метод. Пролонгированная предоперационная химиолучевая терапия приводит к значительной регрессии опухоли, что расширяет показания для сфинктеросохраняющих операций.

АБАКУШИНА Е.В., МАРИЗИНА Ю.В., НЕПРИНА Г.С., ПАСОВА И.А.,
БЕРДОВ Б.А., КАПРИН А.Д.

*Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба –
филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр имени П.А. Герцена»
Минздрава России,
г. Обнинск, Калужская область*

ИЗМЕНЕНИЕ ФЕНОТИПА ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ АДОПТИВНОЙ ИММУНОТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА И ТОЛСТОЙ КИШКИ

В настоящее время злокачественные новообразования желудка, толстой и прямой кишки вышли на лидирующие позиции по заболеваемости во всем мире, в том числе и в Российской Федерации.

Перспективным методом лечения в последние годы является adoptивная иммунотерапия активированными *in vitro* цитотоксическими лимфоцитами.

Целью исследования явилась оценка влияния сопроводительной иммунотерапии с использованием активированных *in vitro* лимфоцитов на изменение субпопуляционного состава и фенотипа лимфоцитов периферической крови у онкологических больных.

Адоптивная иммунотерапия (АИТ) была проведена 19 пациентам с диссеминированными формами рака желудка и толстой кишки в комбинации с химио- и/или лучевой терапией. В работе оценен фенотип В-, Т-, NKT-, NK-лимфоцитов периферической крови и маркеры активации (HLA-DR, CD38, CD69, CD314, CD25) до и после АИТ. Фенотипирование флуоресцентно меченых лимфоцитов проводили на проточном цитофлуориметре FACSscan.

До лечения у 38 % больных отмечалось снижение относительного числа В-лимфоцитов. У 48 % больных наблюдалось повышение абсолют-

ного и у 80 % относительного содержания регуляторных Т-клеток. Более чем у половины пациентов (62 %) увеличено количество NK-клеток. Число активированных лимфоцитов (HLA-DR) у больных в среднем составило 18 %, CD25⁺лимфоцитов – 11 %, CD38⁺ – 29 %, а CD69⁺ – 22 %. Среднее содержание активирующего рецептора NKG2D на всех лимфоцитах составило 43 %, а на NK-клетках – 19 %.

После иммунотерапии у всех больных сохранился исходно низкий уровень В-лимфоцитов и повышенное содержание Т_{рег}. Выявлено увеличение экспрессии активационных маркеров CD25, CD314, CD38, HLA-DR на всех лимфоцитах и на Т-лимфоцитах (HLA-DR, CD38). Отмечено незначительное снижение в кровяном русле NK-клеток и активированных NK-клеток, возможно за счет выхода к патологическим очагам. Через три месяца после АИТ наблюдалась положительная тенденция в увеличении экспрессии маркеров HLA-DR, CD25⁺, CD314⁺ на всех лимфоцитах и на HLA-DR⁺Т-клетках.

Показано, что АИТ хорошо переносится, характеризуется отсутствием побочных эффектов, приводит к активации лимфоцитов и может рекомендоваться как сопроводительная к лучевой и химиотерапии при заболевании раком желудка и толстой кишки.

I. КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. СТАТИСТИКА. АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ

СТАРИНСКИЙ В.В., ПЕТРОВА Г.В., ГРЕЦОВА О.П.
ПОКАЗАТЕЛИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ В РОССИИ.....3

ОДИНЦОВА И.Н., ПИСАРЕВА Л.Ф., АНАНИНА О.А.
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА
В СИБИРИ И НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ.....4

АНАНИНА О.А., ПИСАРЕВА Л.Ф., ОДИНЦОВА И.Н.,
ЖУЙКОВА Л.Д.
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ
НАСЕЛЕНИЯ АДМИНИСТРАТИВНЫХ ЦЕНТРОВ СИБИРИ
И ДАЛЬНОГО ВОСТОКА.....5

ПИСАРЕВА Л.Ф., БОЯРКИНА А.П., ОДИНЦОВА И.Н.,
ГУРИНА Л.И., ШУХОЕВА Е.А.
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ
НАСЕЛЕНИЯ ПРИМОРСКОГО КРАЯ.....6

ТКАЧЕНКО Е.В., ПОЛТОРАЦКИЙ А.Н.
ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ НА КЛИНИЧЕСКИЙ ВЫБОР ВРАЧА
В ВОПРОСАХ НАЗНАЧЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ
РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТОВ.....7

СЕРГЕЕВА Н.С., ЗЕНКИНА Е.В., МАРШУТИНА Н.В.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ
3-Х ИММУНОФЕРМЕНТНЫХ КОПРО-ТЕСТОВ (ННВ, ННВ/
НР И FTU M2-RK) ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ.....8

ВУСИК М.В., ЧЕРЕМИСИНА О.В., МЕНЬШИКОВ К.Ю.,
АВДЕЕНКО Т.В.
ВОЗМОЖНОСТИ УВЕЛИЧИТЕЛЬНОЙ
И УЗКОСПЕКТРАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ
ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....9

ЛЯХОВ А.С., ВАВИЛОВ К.В.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ 3D КТ-ТОПОМЕТРИИ
ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ.....10

ЛЯХОВ А.С., РЯБЧЕНКО Н.Л., АНАНЬЕВА Т.А.,
ГОРДЕЕВ Е.С.
РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ
В ДИАГНОСТИКЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....11

ЖИВОТОВСКИЙ А.С., КРАСИЛЬНИКОВА М.А.
АНАЛИЗ МНОГОЛЕТНЕЙ ДИНАМИКИ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ
В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ С 1995 ПО 2013 ГОДЫ.....12

ВИЗГАЛОВ М.П., ВАЛЬШИН Т.Ю.
КОЛОНОСКОПИЯ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ.....13

ТИТОВ В.А., ОСТАПЕНКО И.В., ВАСИЛЬЕВ А.Ф.,
ПЕТРОВ А.П., БАТТАЛОВ И.М.
МЕТАСТАЗЫ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ЛЕГКИЕ.....14

УСОВА А.В., ФРОЛОВА И.Г., АФАНАСЬЕВ С.Г.,
ТАРАСОВА А.С., ГОЛЬДБЕРГ А.В.
ОЦЕНКА МЕСТНОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ
ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
ДИНАМИЧЕСКОЙ КОНТРАСТИРОВАННОЙ МРТ.....15

2. ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

СИДОРОВ Д.В., ЛОЖКИН М.В., ГРИШИН Н.А.,
ПЕТРОВ Л.О., ТРОИЦКИЙ А.А.
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ
МЕТОДИКИ ВОДОСТРУЙНОЙ ДИССЕКЦИИ
ПАРЕНХИМЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ АНАТОМИЧЕСКИХ
РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ
КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....16

СИДОРОВ Д.В., ПЕТРОВ Л.О., ЛОЖКИН М.В.,
ГРИШИН Н.А., ТРОИЦКИЙ А.А., ЧЕРНИЧЕНКО М.А.
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ
РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ
ЭКЗЕНТЕРАЦИЙ МАЛОГО ТАЗА
ПО ПОВОДУ ПЕРВИЧНОГО И РЕЦИДИВНОГО
РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....17

ЛАЗАРЕВ А.Ф., МАМОНТОВ К.Г., КОТЕЛЬНИКОВ А.Г.,
ХАЙС С.Л.
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМИ
МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ
С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ.....18

ЧЕРЕМИСИНА О.В., ВУСИК М.В.,
КАРАКЕШИШЕВА М.Б., АВДЕЕНКО Т.В.
ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ – МЕТОД
ПРОФИЛАКТИКИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....20

САЛАМАХИН М.П., ВЬЮШКОВ Д.М.
ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ
ТОЛСТОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ ОМСКОГО
ОБЛАСТНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО
ДИСПАНСЕРА.....21

КУРГАНСКИЙ В.Г., МИРКО В.О., АТАНОВ А.И.,
ЖУРАВЧЕНКО Д.А.
ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ
ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ
КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.....22

КУРГАНСКИЙ В.Г., ГОРШКОВ В.А., МИРКО В.О.
ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО
ОБЕЗБОЛИВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ МИКРОИНФУЗИОННОЙ
ПОМПЫ.....24



ДЕМЬЯНОВ В.С., БУХТИЯРОВ А.П.
МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫЙ
И ОСЛОЖНЕННЫЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК:
КАК ИЗБЕЖАТЬ ТЯЖЕЛЫЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ
ОСЛОЖНЕНИЯ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ.....25

ЛУЦЕНКО В.А., ПУТИНЦЕВ А.М., СЕРГЕЕВ В.Н.,
АЛЕХИН А.С.
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНВАЗИИ
ОПУХОЛЕВЫХ ТКАНЕЙ В МАГИСТРАЛЬНЫЕ СОСУДЫ.....26

МЕРЗЛЯКОВ М.В., ГРАЧЕВ А.В., БОГАЧЕВ Е.Г.,
ШАПКИН А.А., СТАРОВЕРОВ Н.Н.,
ХАПАЕВА Т.Н., ПОЛУТАРНИКОВ Е.А., ДОВБЕТА Е.В.
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ
КАК ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ ОБТУРАЦИОННОЙ
ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ.....27

ШИН И.П., ГЗОГЯН А.А.
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА
В УСЛОВИЯХ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА.....29

ПИСКУНОВ В.П.
ВНУТРИБРЮШНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ
В ХИРУРГИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....30

ПИСКУНОВ В.П.
АНАЛИЗ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ
ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....31

АФАНАСЬЕВ С.Г., УСЫНИН Е.А.
ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНОВ
МАЛОГО ТАЗА.....33

САВОСИНА С.И., АФАНАСЬЕВ С.Г., АВДЕЕВ С.В.,
ФАЛЬТИН В.В.
ВОЗМОЖНОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО
ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ
С АОРТО-ПОДВЗДОШНОЙ ЛИМФОДИСЕКЦИЕЙ
ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....34

ТАРАСОВА А.С., АФАНАСЬЕВ С.Г., СТАРЦЕВА Ж.А.,
УСОВА А.В., ФРОЛОВА И.Г.
ТРАНСАНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ОСТАТОЧНОЙ ОПУХОЛИ
В УСЛОВИЯХ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ
ДИСТАЛЬНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....35

3. КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

БЕРДОВ Б.А., ЕРЫГИН Д.В., НЕВОЛЬСКИХ А.А.
МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫЙ
И ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ
РАК ПРЯМОЙ КИШКИ
(ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ И МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ).....36

ЛАВРИКОВА Н.В., ВАЖЕНИНА А.А.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО
КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....37

ЖАРКОВА О.В., ВЯЛОВА К.В., КОЛОМИЕЦ С.А.
АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ
ДИССЕМИНИРОВАННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО
РАКА В АМБУЛАТОРНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ.....39

КРАСИЛЬНИКОВА М.А., ЖИВОТОВСКИЙ А.С.
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ
КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА НА БАЗЕ ОТДЕЛЕНИЯ
ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ В ОБЛАСТНОМ
КЛИНИЧЕСКОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ
ГОРОДА КЕМЕРОВО.....41

ВАСИЛЬЧЕНКО И.Л., ВАВИЛОВ К.В.,
ПАПАНОВА Л.В., КУЗНЕЦОВА И.Ю.,
КОЛОМИЕЦ С.А.
СОЧЕТАННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ
ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА АНАЛЬНОГО
КАНАЛА.....42

АФАНАСЬЕВ С.Г., ТАРАСОВА А.С., СТАРЦЕВА Ж.А.,
УСОВА И.Г., ФРОЛОВА И.Г.
НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ И ОТДАЛЕННАЯ
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО
ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....43

4. СОПРОВОДИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

АБАКУШИНА Е.В., МАРИЗИНА Ю.В.,
НЕПРИНА Г.С., ПАСОВА И.А., БЕРДОВ Б.А.,
КАПРИН А.Д.
ИЗМЕНЕНИЕ ФЕНОТИПА ЛИМФОЦИТОВ
ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ
АДОПТИВНОЙ ИММУНОТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ
РАКОМ ЖЕЛУДКА И ТОЛСТОЙ КИШКИ.....44