

Луценко В.А., Путинцев А.М., Сергеев В.Н., Алехин А.С.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНВАЗИИ ОПУХОЛЕВЫХ ТКАНЕЙ В МАГИСТРАЛЬНЫЕ СОСУДЫ

¹ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»,
²ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская
академия» Минздрава России, г. Кемерово, Россия

По данным Международного агентства по изучению рака, ежегодно в мире от рака умирает 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. За период с 2007 по 2014 г. в клинике выполнено 85 операций по поводу распространения опухолевого процесса на магистральные сосуды. Из них: мужчинам – 49, женщинам – 36. Средний возраст больных 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% случаев по результатам послеоперационного гистологического исследования выявлен злокачественный характер новообразования. У 51 пациента выявлено распространение опухолевого процесса в почечные вены, а у 14 – 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 фиксации тромба к устью почечной вены выполнена резекция и пластика стенки нижней полой вены заплатой из политетрафторэтилена (ПТФЭ). 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 прорастала в аорту или подвздошные артерии, по поводу чего были выполнены резекции пораженных участков и протезирование ПТФЭ-протезами. В одном случае опухоль прямой кишки прорастала верхним полюсом в подвздошные вены, в связи с чем выполнены резекция подвздошных вен, лигирование внутренней и протезирование наружной подвздошной вены.

Результаты. Все больные наблюдались в течение

различного времени. В раннем послеоперационном периоде осложнений не было. Последующее наблюдение в срок до 3 лет показало отсутствие рецидива опухолей у 65 (76%) пациентов. Ведение этих пациентов осуществлялось совместно с онкологами. Умерли 3 пациента: 1 больной от острой сердечной недостаточности, 2 пациента от осложнений, связанных с генерализацией онкологического процесса.

Заключение. Активная хирургическая тактика при опухолях различных органов и тканей, направленная на радикальное лечение, позволяет даже при распространении опухоли на магистральные сосуды замедлять 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 курябельности опухолевых заболеваний.

Ляхов А.С., Вавилов К.В.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ 3D КТ-ТОПОМЕТРИИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

ГБУЗ Кемеровской области «Областной клинический онкологический диспансер», г. Кемерово, Россия

Актуальность. Для обеспечения оптимального лучевого воздействия на опухолевый очаг используется высокоточная топометрия с последующим расчетом на основе полученных топографо-анатомических данных о поглощенных дозах 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 г. 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, со специализированным программным обеспечением и устройствами фиксации пациента, позволяющий освоить и внедрить новый метод высокоточной 3D КТ-топометрии любой области человеческого тела.

Материал 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