

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

получением аксиальных срезов, толщиной 3–4 мм. После этого на персональном компьютере с использованием специального программного обеспечения врач-рентгенолог совместно с радиотерапевтом выполняет послойное оконтуривание первичного очага либо зоны анастомоза (GTV-T), зоны регионарного 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 г. 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 рентгенотопометрии «горячие» зоны в области соседних пучков излучения.

Заключение. 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 использовать 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.

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

¹ГАОУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»;

²ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Кемерово, Россия

По данным ВОЗ, в 2010 г. рак ободочной кишки занимает третье место в структуре онкологической патологии, запущенные формы достигают 70%. Эта

локализация составляет 15% от всех первично диагностированных опухолей. Заболеваемость составляет 19 на 100 тыс. населения, смертность — 9 на 100 тыс. населения. У 20–50% больных при первичном обращении выявляются метастазы в печени.

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

У 70% пациентов к моменту обращения требуется неотложное хирургическое вмешательство. У 26,4–69% пациентов возникает обтурационная кишечная непроходимость, чаще в левых отделах толстой кишки (67–72%).

Цель операций — удаление опухоли, ее 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 является радикальной операцией. Восстановление кишки обычно проводится через 8–12 мес.

Эндопротезирование зоны обструкции саморасширяющимся стентом проводится с целью предоперационной подготовки или окончательного паллиативного лечения.

В 2012–2014 гг. в ГАОУЗ «КОКБ» наблюдались 10 пациентов с толстокишечной непроходимостью с поражением сигмовидной и прямой кишки — 3 женщины и 7 мужчин в возрасте от 42 до 86 лет.

У 8 пациентов морфологическая картина заболевания была установлена ранее, при гистологическом исследовании биопсийного материала, характер непроходимости был интермиттирующим. 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.

Еще один пациент страдал заболеванием более 6 мес, 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 рентгенооперационной 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