



**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ
НОВООБРАЗОВАНИЯМИ**

**КОНФЕРЕНЦИЯ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ РАКА**

10-11 мая 2012 года
Киев

За период 2009–2011 рр. в Национальному інституті раку ЧЧХС виконано 73 хворим. У подальшому гастропанкреатодуоденальну резекцію проведено 21 хворому. В інших 52 хворих під час операції виявлено віддалені метастази. Для порівняння обрана група з 12 хворих, яким також була виконана радикальна гастропанкреатодуоденальна резекція після ліквідації МЖ за допомогою інших методів внутрішнього дренивання.

У середньому час від дренивання до проведення радикального втручання в 1-й групі становив 1,7 міс; у 2-й — 3,5 міс. Тривалість хірургічного втручання в 1-й групі була меншою на 63 ± 33 хв. У 1-й групі не було відзначено інтраопераційних та післяопераційних ускладнень. У 2-й групі попередньо в 3 хворих діагностовано гострий холангіт, холангіогепатит (25%), що в післяопераційний період супроводжувалися явищами печінкової недостатності помірного ступеня, в 1 хворого 2-ої групи розвинулася неспроможність гепатико-суюноанастомозу (8,3%). Один із хворих потребував додаткового передопераційного дренивання після попередньої холецистоентеростомії.

ЧЧХС у хворих на РПЗ, ускладнений МЖ, дозволяє швидко і з найменшим ризиком ліквідувати МЖ та її ускладнення, а в подальшому виконати радикальне хірургічне втручання з мінімальним ризиком виникнення післяопераційних ускладнень.

Макроскопические и микроскопические исследования поражения бронхов при железистом раке легкого

*Т.М. Яроцук, Л.С. Болгова
Национальный институт рака, Киев*

Цитологическая верификация железистого рака легкого (ЖРЛ) основывается на исследовании материала, полученного при фибробронхоскопии (мазки из пораженной части слизистой оболочки и промывные воды бронхов) или трансторакальных пунктатов. Проведенные нами ранее исследования, а также известные данные литературы свидетельствуют о том, что далеко не всегда по эксфолиативному материалу из бронхов можно установить ЖРЛ.

Цель исследования — выявление возможной причины неточной диагностики ЖРЛ по эксфолиативному материалу из бронхов.

Изучены макроскопические и микроскопические данные операционного материала 48 больных с ЖРЛ. Исследованы изменения слизистой оболочки бронха, непосредственно прилежащего к опухолевому узлу, а также рост опухоли — эндобронхиальный, эндоперибронхиальный и перибронхиальный. Для микроскопического изучения брали соскоб со слизистой бронха, прилежащего к опухолевому узлу. Пациенты были преимущественно в возрасте 60–69 лет. Мужчин было 30, женщин — 18.

Эндобронхиальная (экзофитная) опухоль отмечена у 7 (15%), эндоперибронхиальная — у 14 (29%) и перибронхиальная — у 27 (56%) пациентов. Поверхность эндофитного поражения прилежащего к раковой опухоли бронха имела неровную бугристую поверхность или утолщенную белого цвета слизистую оболочку. Соскоб с такой поверхности в 10 наблюдениях был небольшим, в 11 — скудным. При перибронхиально растущей опухоли слизистая оболочка бронха была интактная и имела обычный вид, была бледно-розового цвета, гладкая, блестящая. Соскоб с нее был мизерный. При микроскопическом исследовании соскобов с 7 экзофитно растущих опухолей лишь в 4 (57%) случаях выявлено опухолевые клетки. Из 14 больных с эндоперибронхиальным ростом опухоли у 4 слизистая прилежащего к опухоли бронха имела бугристый вид. В 3 наблюдениях (75%) определялись опухолевые клетки. В остальных 10 слизистая бронха была утолщена, и в соскобах с нее только у 6 (60%) больных выявлены элементы рака. Из 27 больных с перибронхиальным ростом опухоли в соскобах 5 (18%) найдены опухолевые клетки.

Таким образом, установлено, что по характеру поражения слизистой оболочки и самой стенки бронха, прилежащего к опухоли при ЖРЛ, преобладал перибронхиальный рост опухоли у 27 (56%) больных, эндоперибронхиальный — у 14 (29%) и эндобронхиальный — у 7 (15%). При этом в соскобах слизистой оболочки ближайшего к опухоли бронха только у 18 (37,5%) больных найдены

опухолевые клетки, что обосновывает небольшую, менее чем у $1/5$ исследованных больных, возможность эксфолиативной цитологической диагностики ЖРЛ.

Селективная химиотерапия опухолей печени

*И.Н. Дыба¹, М.В. Артеменко¹,
В.Ф. Завизион², В.Е. Маиталер²,
Л.О. Мальцева¹, Н.А. Бут¹*

¹Днепропетровская городская многопрофильная клиническая больница №4
²Днепропетровская медицинская академия

Региональное введение (РВ) цитостатиков (ЦС) в печеночную артерию (ПА) для лечения опухолей печени (ОП) повышает их концентрацию в метастазах в 10–100 раз больше, чем при внутривенном. Снижение концентрации ЦС в 2–4 раза в плазме крови снижает токсичность.

Цель исследования — оценка эффективности РВ ЦС в ОП.

22 больным возрасте 37–74 лет с морфологически доказанными ОП в 2009–2011 гг. выполнялись РВ ЦС. Мужчин — 10 (45,5%), женщин — 12 (54,5%). Первичный рак печени был у 5 больных (22,7%).

Перед РВ ЦС проводили селективную ангиографию чревного ствола и верхней брыжеечной артерии для оценки васкуляризации ОП. Для химиоэмболизации катетер устанавливали как можно ближе к опухоли. В случае невозможности надежной катетеризации катетер фиксировали в более крупных регионарных артериях. ЦС (доксорубин, цисплатин, фторурацил) вводили инфузатом в течение 16–20 ч. В 10 случаях проведена суперселективная катетеризация собственной ПА или ее ветвей 2–3-го порядка.

Эффект отмечен в 19 (86,4%) случаях: полный ответ — у 2 (9,1%), частичный — у 10 (45,5%), стабилизация — у 7 (31,8%), медиана выживаемости — 14,2 мес. Показатели крови оставались в пределах или незначительно выше нормы. Серьезных осложнений РВ ЦС не было. Умеренное усиление болей в эпигастрии и правом подреберье, тошнота, рвота, гипертермия до $39,0^{\circ}\text{C}$ продолжались 2–3 дня и к моменту выписки на 4–6-е сутки купировались.

РВ ЦС позволяет увеличить лечебный эффект и сократить пребывание пациента в больнице.