

2. При навигации пункционной биопсии объемных образований, когда снижена их акустическая доступность. У 7 больных с новообразованиями костей таза при первичном ультразвуковом исследовании не удавалось добиться уверенной визуализации мягкотканого компонента опухоли, достаточного для надежного контроля над выполнением пункционной биопсии. Технология *Fusion* позволила получить диагностически значимый материал в 6 из этих наблюдений. Из 11 больных периферическими образованиями в легких у которых акустическая доступность очагов была снижена из-за помех от ребер и легочной ткани, а также 5 больных, у которых опухоли располагались в паренхиме и не выявлялись при эхографии, совмещение УЗ-КТ изображений позволило выполнить успешные пункции в 14 из этих наблюдений.

3. Для верификации рака предстательной железы и подтверждения рецидива после простатэктомии. Так у 16 больных, у которых при многократных пункциях предстательной железы, выполненных при подозрении на рак, не было получено верификации,

Пункционные биопсии под совмещенным УЗ-МРТ-наведением, позволили получить морфологическое подтверждение диагноза в 9 из 16 сложных случаев. Выполнение пункции по методике *Fusion* у 11 пациентов с подозрением на рецидив после радикальной простатэктомии, позволило получить морфологическое подтверждение диагноза в 6 случаях. Во всех наблюдениях критерием выбора мишени для пункции были очаги интенсивного раннего накопления контрастного препарата при динамической МР-томографии.

Доклад:

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГОСПИТАЛИЗИРУЕМОГО КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА (АНАЛИЗ ДАННЫХ 2005-2010 ГГ.)

Забазный Н.П., Строяковский Д.Л., Няшин В.Э., Профатило И.В.
(Московская онкологическая больница № 62)

За 2005-2010 гг. в Московскую городскую больницу № 62 госпитализированы по поводу рака пищевода 273 пациента. Стандартное обследование предусматривало рентгенографию пищевода, эзофагогастроскопию с биопсией, компьютерную томографию органов грудной клетки и брюшной полости, бронхоскопию, ультразвуковое исследование шейно-надключичной области, органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза. По результатам обследования I и II стадии выявлены у 56 (20,5%), III стадия – у 124 (45,4%), IV – у 90 (33,0%) больных. Плоскоклеточный рак диагностирован в 88,6 %, аденокарцинома – в 5,5%, недифференцированный рак – в 4,7% случаев; еще в двух наблюдениях выявлен нейроэндокринный и мелкоклеточный рак.

Радикально оперированы 35 (12,8%) больных. Операции выполнялись при удовлетворительном общем состоянии, ограниченной (6-7 см) протяженности поражения пищевода, отсутствии признаков инвазии средостения. Субтотальная резекция пищевода с одномоментной эзофагопластикой желудком из комбинированного доступа справа выполнена 27, из абдоминаторакального доступа слева – 8 больным. Хирургические вмешательства дополнялись адекватной лимфодиссекцией.

В остальных 87,2% случаях проводилась лучевая или химиолучевая терапия ввиду имевшихся противопоказаний к хирургическому лечению из-за распространенности опухоли или/и тяжёлых сопутствующих заболеваний. В плане симптоматического лечения 63 больным (23% от общего числа наблюдений) были сформированы гастростомы. Следует отметить, что частота гастростомий уменьшается благодаря освоению методики стентирования.

Начиная с 2005 г. потенциально операбельным больным местнораспространенным раком пищевода проводится неoadъювантная химиотерапия. Наиболее часто применяется доцетаксел (75 мг/м² в 1 день), цисплатин (75 мг/м² в 1 день), 5-фторурацил (непрерывной инфузией в дозе 750 мг/м² в I-V дни). Назначались 3 курса химиотерапии каждые 3 недели. Лечение проведено 48 больным плоскоклеточным раком; протяжённость опухоли в пищеводе по данным эзофагоскопии составляла от 4 до 13 см. (в среднем – 7,1 см).

Объективный эффект по результатам контрольного обследования был достигнут у 23 больных и выражался в уменьшении размеров опухоли – средняя протяжённость поражения пищевода составила 3,7 см; при компьютерной томографии отмечено значительное (более чем в два раза) уменьшение размеров опухоли.

Оперированы 14 больных в объеме субтотальной резекции пищевода с одномоментной эзофагопластикой желудком из комбинированного доступа справа. Операции выполнялись в случаях достижения эффекта химиотерапии. Ещё 9 больным, у которых было достигнуто уменьшение размеров опухоли, отказано в операции по общим противопоказаниям. В операции отказано и остальным 25 больным, у которых не отмечено уменьшения опухоли или выявлены признаки прогрессирования заболевания (в этих случаях назначалась лучевая и химиотерапия; продолжение специального лечения оказалось невозможным в 10 наблюдениях).

При операции во всех случаях после химиотерапии отмечены изменения окружающих опухоль тканей, сходные макроскопически с постлучевыми (отёчность, уплотнение тканей вплоть до грубых фиброзных сращений). Морфологическое исследование удаленного препарата показало признаки клеточного патоморфоза IV степени у одного и III степени – у двух, I-II степени – у остальных пациентов.

Послеоперационный период перенесли 13 больных. В последующем 8 из них продолжена химиотерапия, а 5 проведена лучевая терапия на ложе удаленной опухоли. Наблюдаются без признаков прогрессирования заболевания 11 больных; судьба 2 неизвестна. Средний срок наблюдения составляет немногим более двух лет.

Таким образом, неоадьювантная химиотерапия оправдана у больных местнораспространенным раком пищевода, поскольку повышает радикализм операции и способствует улучшению отдаленных результатов. Считаем, что необходимо продолжить работу в этом направлении.

Доклад:

**СТАНДАРТЫ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ И ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ
В ПРАКТИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ.**

Бурлаков А.С. (Московская онкологическая больница № 62)

Современная онкология с ее операциями значительного объема, в том числе калечащими и обезображивающими, особенно нуждается в реконструктивной и пластической хирургии. Исходя из почти 20-летнего опыта Московской онкологической больницы № 62 возможно выделить два основных положения, обосновывающих применение реконструктивно-пластических методик.

Прежде всего – для замещения обширных, в том числе несовместимых с жизнью дефектов после удаления опухолей, преимущественно кранио-фациальной локализации. Для закрытия подобных дефектов применяются сложные микрохирургические трансплантаты. Дефекты в зоне прохождения крупных магистральных сосудов, как правило, могут быть закрыты трансплантатами, развернутыми на сосудистой ножке и не требуют работы под операционным микроскопом.

Кроме того, применение методов пластической хирургии связано с улучшением качества жизни пациентов. Технически несложно ампутировать конечность, широко иссечь опухоль кожи лица или удалить гортань. Однако, нарушение функции, обезображивающий лицо дефект или оростомы не соответствуют современным представлениям о благоприятном отдаленном результате, в котором нуждаются как врачи, так и пациенты.

Методы реконструкции и пластики стали стандартом в хирургии опухолей гортаноглотки сопровождающейся циркулярной резекцией глотки и пищевода. В таких случаях применяется пересадка фрагмента тонкой кишки на микроанастомозах (78 наблюдений), что позволяет в кратчайшие сроки, за 7-10 дней, восстановить проходимость пищи и избавить пациента от оро- и эзофагостомы. Иссечение опухоли кожи лица по опыту 456 наших наблюдений в подавляющем большинстве случаев сопровождается перемещением локальных кожных лоскутов в целях минимизации косметического ущерба. Обширные, распространенные опухоли кожи и мягких тканей в 188 случаях потребовали технически сложных методов пластики. Замещение дефектов длинных трубчатых костей васкуляризованными костными аутооттрансплантатами, пересаживаемыми на микроанастомозах, остается способом, непревзойденным по своей эффективности – особенно при поражении диафизов в проксимальных сегментах конечностей. Наш опыт 116 таких наблюдений подтвердил способность перемещенной живой кости в последующем гипертрофироваться и перестраиваться под действием физической нагрузки, что свидетельствует о неоспоримом преимуществе данной методики.

Восстановление молочной железы после радикального лечения – одна из самых частых реконструктивных операций. В наших 515 наблюдениях применены различные хирургические вмешательства от эндопротезирования и тканевых экспандеров, до микрохирургических пересадок TRAM- и DIEP-лоскутов, а также верхнего и нижнего ягодичных лоскутов. Такие реконструкции выполнялись как одномоментно с удалением молочной железы, так и в отсроченном варианте, после завершения всего комплекса онкологического лечения.

Нами выполнено более трех тысяч операций с использованием различных методов пластической хирургии. Из них технически сложные микрохирургические пересадки составили около 30%. Однако применение методов восстановительной хирургии и особенно микрохирургии, сопряжено со значительными техническими, финансовыми и временными затратами. Длительная, кропотливая работа под микроскопом требует специальной подготовки, технических навыков и терпения. При этом требуется напряжение сил не только хирургов, но и всего персонала операционной. Очевидны также особенности обеспечения анестезиологического пособия и проблемы послеоперационного ведения больных после реконструктивно-пластической хирургии.

В Московской городской онкологической больнице № 62 лечение пациентов, нуждающихся в реконструктивных операциях, проводится на базе специализированного хирургического отделения, персонал которого имеет опыт и навыки работы в области пластической хирургии. На сегодняшний день результаты лечения онкологических больных необходимо рассматривать не только с точки зрения выживаемости, но и с позиций качества их жизни. В этом аспекте пластическая хирургия абсолютно незаменима и должна как можно активнее применяться в практической онкологии.