до сих пор дискутируется. Считается достаточным дренирование 25% паренхимы печени. Антеградная, или ретроградная, декомпрессия показана при наличии холангита, гипербилирубинемии выше 200 мкмоль/л, тяжелом общем статусе пациента, требующего длительной подготовки к радикальной операции, либо при нерезектабельных опухолях или у неоперабельных больных – как окончательный вариант паллиативного лечения. Паллиативная декомпрессия предполагает постановку одного или нескольких пластиковых либо металлических стентов, что зависит от прогноза длительности жизни.

Билиарная декомпрессия остающейся части печени с эмболизацией воротной вены (PVE) контралатеральной доли показана при низком функциональном резерве и небольшом объеме (менее 40%) остающейся паренхимы печени. В этом случае радикальная операция выполняется через 3 недели после PVE и снижении уровня билирубина ниже 100 мкмоль/л.

При R1 и R2 резекции или позитивных лимфоузлах показана адьювантная химиолучевая терапия.

Неоадьювантная и адьювантная химиотерапия. Системная химиотерапия и трансартериальная химиоэмболизация (ТАХЭ) гемцитабин-цисплатином позволяет увеличить продолжительность жизни при нерезектабельных ХЦК до 9–11,7 мес.

Заключение. Перспективы лечения пациентов с холангиоцеллюлярной карциномой связаны с ранней диагностикой в группах высокого риска, изучением молекулярно-генетических факторов прогрессирования опухоли, выполнением R0 резекции, а также индивидуализированным подходом к выбору неоадьювантной и адьювантной терапии.

Список литературы.

1. *Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Назаренко Н.*А., *Шевченко Т.В., Ионкин Д.А., Чжао А.В.* Отдаленные результаты радикальных и условно радикальных резекций при воротной холангиокарциноме // Анналы хирургической гепатологии. 2013. Т. 18. № 2. С. 19–20.
2. *Aljiffry M., Abdulelah A., Walsh M., Peltekian K., Alwayn I., Molinari M.* // Evidence-Based Approach to Cholangiocarcinoma: A Systematic Review of the Current Literature // Journal of the American College of Surgeons.-2008. Vol. 208. N. 1. P. 134–147.
3. *Brown K.M., Parmar A.D.,* and Geller.D.A. Intrahepatic Cholangiocarcinoma // Surgical Oncology Clinics of North America. 2014. Vol. 23. P. 231–246.
4. *Brown K.M.,* and Geller.D.A. Proximal Biliary Tumors // Surgical Oncology Clinics of North America. 2014. Vol. 94. P. 311–323.
5. *Masuoka H.C., Rosen C.B.* Transplantation for Cholangiocarcinoma // Clinics in Liver Disease. 2011. Vol. 15. P. 699–715.
6. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Clinical Practice Guidelines in Oncology. Hepatobiliary Cancer. www.nccn.org

КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК (ОБОДОЧНАЯ КИШКА): ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ В 1993–2012 гг.

ХУТИЕВ Ц.С., БОСИЕВА А.Р., ХУТИЕВА Н.Ц., БЕСЛЕКОЕВ У.С.
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России, Владикавказ
ms.bosieva@mail.ru

Актуальность. В России, как и во многих странах мира, наблюдается рост заболеваемости колоректальным раком. Рак ободочной кишки (РОК) в России занимает четвертое место после рака легкого, желудка и предстательной железы.

Цель исследования. Ретроспективный анализ состояния онкологической помощи больным РОК и пути ее совершенствования в Республике.

Материалы и методы. Формы №7, №35, № 5 (таблица № С51), таблицы 2 РН.

Результаты. За 20 лет в Республиканском онкологическом диспансере на лечение находился 1821 больной РОК в возрасте от 30 до 85 лет. Средний возраст – 67 лет. Мужчин – 769 (42,2%), женщин – 1052 (57,8%). Самый высокий процент – 17,8% – в возрастной группе 70–74 лет (мужчины – 21,5%, женщины – 14,2%). В структуре всех опухолей РОК составил 4,9%. По локализации опухоли: правая половина – 37,7%, поперечная ободочная кишка – 6,2%, левая половина – 56,1%. Городских жителей – 54,3%, сельских – 45,7%.

Стандартизованный показатель (мировой стандарт) заболеваемости РОК за весь период наблюдения составил в среднем 8,6 (мужчины – 9,6, женщины –8,0) на 100 000 населения. Усредненный 10-летний показатель (2003–2012 гг.) – 9,5, по сравнению с 7,6 (1993–2002 гг.), вырос в 1,25 раза (мужчины –10,7 и 8,4, вырос в 1,3 раза, женщины – 8,8 и 7,2, вырос в 1,2 раза). Этот показатель у мужчин в 1,2 раза больше, чем у женщин. Прирост заболеваемости у обоего пола – 37,0 (мужчины – 37,1, женщины – 37,5). Среднегодовой темп прироста – 2,0 (мужчины –2,4, женщины –1,9). Кумулятивный риск заболеть РОК до 75 лет – 2,1 (мужчины –2,4, женщины –1,9).

За 20 лет от РОК умерло 1185 больных. Мужчины – 526 (44,4%), женщины – 659 (55,6%). Средний возраст умерших – 67,6 лет (муж. – 67,2, жен. – 67,7). Стандартизованный показатель (мировой стандарт) смертности РОК в среднем 5,7 (мужчины –6,2, женщины –5,3) на 100 000 населения. Усредненный 10-летний показатель (2003–2012 гг.) – 6,5 по сравнению с 5,8 (1993–2002 гг.) вырос в 1,12 раза (мужчины –7,1 и 5,3 вырос в 1,3 раза, женщины – 5,6 и 4,8 вырос в 1,16 раза). Этот показатель у мужчин в 1,16 раза больше, чем у женщин. Прирост смертности у обоего пола – 12,1 (мужчины – 33,9, женщины – 20,8). Среднегодовой темп прироста – 1,2 (мужчины –1,6, женщины –1,1). Кумулятивный риск умереть – 0,4 (мужчины –0,3, женщины –0,2).

Активная выявляемость РОК в среднем – 0,7%. Морфологическая верификация диагноза в среднем 79,4%

(в первый 10-летний период – 72,0, второй – 87,0, в 1,2 раза больше). Выявляемость РОК на ранней (I-II) стадии 41,4%, III – 29,2% и IV – 29,4%. В первый десятилетний период показатель I-II стадии 18,1%, второй – 38,5% вырос в 2,1 раза. III стадии – 40,0% и 37,1%, IV стадии – 41,7% и 29,8% снижение в 1,3 и 1,4 раза соответственно.

Распространенность РОК в среднем 56,2 на 100 000 населения (в первый 10-летний период – 38,5, второй – 73,8, в 1,9 раза больше). Индекс накопления контингентов 4,4. Летальность на 1-м году с момента установления диагноза в среднем 32,3 (в первый 10-и летний период – 36,2, второй – 28,4, в 1,3 раза меньше). Доля больных, закончивших специальное лечение в течение года, в среднем 53,0%. Хирургическое – 56,0%, комбинированное – 44,0%. Выживаемость 5 лет и более в среднем – 45,5% (в первый 10-летний период – 41,7, второй – 47,7, в 1,4 раза больше). Некоторые данные официальных отчетов РОД сомнительные. Анализ 263 историй болезни умерших от РОК с 2007–2011 гг. показал продолжительность жизни до года 45,7%, 1–3 лет – 26,4%, 3–5 лет – 5,9%, 5 лет и более – 22,0%.

Заключение. Заболеваемость и смертность РОК в республике растут. Показатель активной выявляемости больных крайне низкий. Запущенность высокая. Выживаемость 5 лет и более – низкая.

Рекомендации. Необходим эндоскопический скрининг населения группы риска на РОК, повышать онкологическую настороженность и активизация противораковой пропаганды.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

ШАБУНИН А.В., ТАВОБИЛОВ М.М., ГРЕКОВ Д.Н., ДРОЗДОВ П.А., ЧЕЧЕНИН Г.М., ЦУРКАН В.А., ЛАНЦЫНОВА А.В.
ГКБ им. С.П. Боткина, Москва
dc.drozdov@gmail.com

Введение. Внутрипеченочная холангиокарцинома является второй, наиболее распространенной формой первичного рака печени у людей после гепатоцеллюлярной карциномы, с постоянно растущими показателями заболеваемости и смертности.

Материалы и методы: С 2008 по январь 2018 гг. на лечении в отделении хирургии печени и поджелудочной железы находился 71 больной с внутрипеченочной холангиокарциномой. У всех больных диагноз был верифицирован, для чего выполнялась пункционно-аспирационная биопсия печени. Решение о тактике лечения принималось на мультидисциплинарном консилиуме. Резекционные вмешательства проводились по общепризнанным показаниями и проведены 11 больным (15,5%). Атипичные резекции выполнены 3 больным (27,3%), сегментэктомия – 1 (9,1%), правосторонняя гемигепатэктомия – 3 (27,3%), левосторонняя гемигепатэктомия – 2 (18,2%), левосторонняя кавальная резекция – 1 (9,1%), расширенная правосторонняя гемигепатэктомия – 1 (9,1%). Больным с размерами образований до 3 см, которые не могли перенести резекционные вмешательства ввиду тяжелой сопутствующей патологии, проводилась радиочастотная аблация (РЧА) – 14 больных (19,7%). При размере образований от 3 до 5 см выполнялась химиоэмболизация печеночной артерии (ХЭПА) (гемцитабин 1000 мг на 1 м^2 поверхности тела + липиодол 10 мл) в сочетании с РЧА – 8 больных (11,3%). При множественном поражении печени (более 3 очагов в одной доле печени) и размере образований более 5 см проводилась ХЭПА (от 1 до 6 процедур, в среднем 3,45±0,85). Пролечено 19 пациентов. Пациенты после РЧА, ХЭПА+РЧА, ХЭПА в дальнейшем получали системную химиотерапию. При невозможности проведения ХЭПА либо при поражении печени более 50% больные направлялись на системную химиотерапию.

Результаты: Специфические осложнения после резекций печени зафиксированы у 2 больных (18,2%): пострезекционная печеночная недостаточность, класс В – 1 больной (9,1%), неполный наружный желчных свищ – 1 больной (9,1%). Летальности не было. У больных, перенесших РЧА, ХЭПА+РЧА и ХЭПА, осложнений и летальности не было. Общая 5-летняя выживаемость больных, перенесших резекции печени, составила 30,4%. Медиана выживаемости больных после РЧА, ХЭПА+РЧА и ХЭПА составила 31,4 месяца, 26,8 месяца, 17,1 месяца соответственно. Медиана выживаемости после системной химиотерапии составила 9,5 месяца.

Выводы: Применение современных технологий в условиях одного многопрофильного стационара при лечении больных с внутрипечёночной холангиокарциномой позволяет улучшить результаты лечения данной категории больных.

ИЗОЛИРОВАННАЯ ПЕРФУЗИЯ ТАЗА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

ЯСТРЕБОВ И.П., СУРОВ Д.А., ДЕМКО А.Е., СЕНЧИК К.Ю., БЕЗМОЗГИН Б.Г., СВЯТНЕНКО А.В.
НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова Минобороны РФ, Санкт-Петербург НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург
ipyastreb@gmail.com

Изолированная перфузия таза (ИПТ) – это вид локорегионарного лечения злокачественных новообразований малого таза, при котором химиотерапевтический препарат доставляется непосредственно в артерии, питающие опухоль, что позволяет создать его высокую концентрацию и потенциально повысить эффективность проводимой терапии. Процедура ИПТ состоит из двух последовательных этапов: сосудистой изоляции области малого таза и локорегионарной высокодозной химиотерапии в условиях искусственного кровообращения.

Материалы и методы. В исследование включено 12 пациентов (9 женщин, 3 мужчин) в возрасте от 38 до 75 лет с подтвержденными гистологическими исследованиями местнораспространенными опухолями малого таза.