

| | | (n = 1) | (n = 4) | | (n = 1) | | кишки (n = 5) | |
|-------------------------|-----------------------|---------|-----------------------|---|----------------------|---|------------------|------------------|
| Эвентрация | 1 (1,8 %) | — | — | — | — | — | — | > 0,05 |
| Кишечная непроходимость | 1 (1,8 %) | — | — | — | — | — | — | > 0,05 |
| Нагноение раны | 2 (3,6 %) | — | 1 (25 %) | — | 1 (100 %) | — | — | > 0,05 |
| Пневмония | 2 (3,6 %) | — | — | — | — | — | — | > 0,05 |
| ТЭЛА мелких ветвей | 1 (1,8 %) | — | — | — | — | — | — | > 0,05 |
| Всего | 7 (12,7 %) | — | 1 (25,0 %) | — | 1 (100 %) | — | — | > 0,05 |

Выводы

1. Локализация опухоли в правых и левых отделах ободочной кишки наблюдалась с практически одинаковой частотой (49,1 и 43,4 %), реже — в поперечной ободочной кишке (7,5 %). Более чем у трети больных (38,2 %) РОК был диагностирован в III и IV стадиях. Осложненное течение опухолевого процесса наблюдалось в 27,4 % случаев.

2. Структура операций отражает стремление к повышению качества жизни пациентов — во всех случаях был сохранен естественный пассаж кишечного содержимого. В 25,5 % выполнены комбинированные операции.

3. Непосредственные результаты операций по поводу РОК в условиях специализированного отделения, носящие преимущественно плановый характер, являются вполне удовлетворительными. Послеоперационные осложнения наблюдались у 8,5 % пациентов (чаще — при исходно осложненном течении опухолевого процесса), послеоперационная летальность в анализируемой группе пациентов отсутствовала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мартынюк, В. В. Рак толстой кишки (заболеваемость, смертность, факторы риска, скрининг) / В. В. Мартынюк // Практическая онкология: избранные лекции. — СПб., 2004. — С. 151–161.

УДК 616.348-006.6-08-089

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Бондарева Н. В., Михайлов И. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Актуальность проблемы обусловлена высокой заболеваемостью и смертностью от рака ободочной кишки [1]. Отдаленные результаты лечения распространенных форм рака ободочной кишки (РОК) неудовлетворительны.

Цель

Провести анализ отдаленных результатов лечения РОК.

Материал исследования

Материалом исследования послужили медицинские карты и данные канцер-регистра 74 пациентов, перенесших радикальные и условно-радикальные операции по поводу РОК в Гомельском областном клиническом онкологическом диспансере (ГОКОД) в 2005 г. Средний возраст пациентов исследуемой группы составил $62,1 \pm 11,8$ года, преобладали женщины — 46 (62,2 %). I стадия РОК наблюдалась в 6 (8,1 %) случаях, II —

в 43 (58,1 %), III — в 18 (24,3 %) и IV — в 7 (9,5 %). Правосторонних гемиколэктомий выполнено 38 (51,4 %), резекций поперечной ободочной кишки — 3 (4,1 %), левосторонних гемиклэктомий — 14 (18,8 %), резекций сигмовидной кишки — 16 (21,6 %), передних резекций прямой кишки (при вращении рака сигмовидной кишки в прямую) — 3 (4,1 %). После операции 24 (32,4 %) пациентам с РОК III и IV стадий проведено по 6 курсов системной химиотерапии в стандартных режимах.

Методы исследования

Создана электронная база данных в среде MS Access. Проведен анализ наблюдаемой актуриальной выживаемости методом Каплана-Мейера, с использованием программы «Statistica» 6.0. Оценка различий выживаемости проводилась с использованием критериев Гехана-Вилкоксона, χ^2 .

Результаты исследования

Для всей исследуемой группы пациентов трехлетняя выживаемость составила $72,2 \pm 5,4$ %, пятилетняя — $66,7 \pm 5,6$ %. Отдаленные результаты лечения пациентов в зависимости от пола и возраста не различались. Среди больных до 65 лет пятилетняя выживаемость составила $69,2 \pm 7,4$ %, старше 65 лет — $63,6 \pm 8,4$ % ($\chi^2 = 0,63$, $P = 0,53$). Проведен анализ показателей выживаемости в зависимости от основных клинико-морфологических факторов. Определяющее влияние на отдаленные результаты лечения оказывала степень распространенности опухолевого процесса (рисунок 1). Пятилетняя выживаемость у пациентов с РОК I стадии составила $80 \pm 17,9$ %, II — $75,0 \pm 6,8$ %, III — $66,7 \pm 12,2$ %, IV — 0 %. Наиболее важным прогностическим фактором оказалось наличие отдаленных метастазов, при которых трехлетняя выживаемость составила лишь $14,3 \pm 13,2$ %, пятилетнего рубежа не пережил ни один пациент. При отсутствии отдаленных метастазов трехлетняя выживаемость составила $78,3 \pm 5,3$ %, пятилетняя — $73,3 \pm 5,7$ % ($P = 0,0001$). Дальнейший анализ отдаленных результатов лечения проведен в подгруппе пациентов со степенью распространения опухолевого процесса M0.

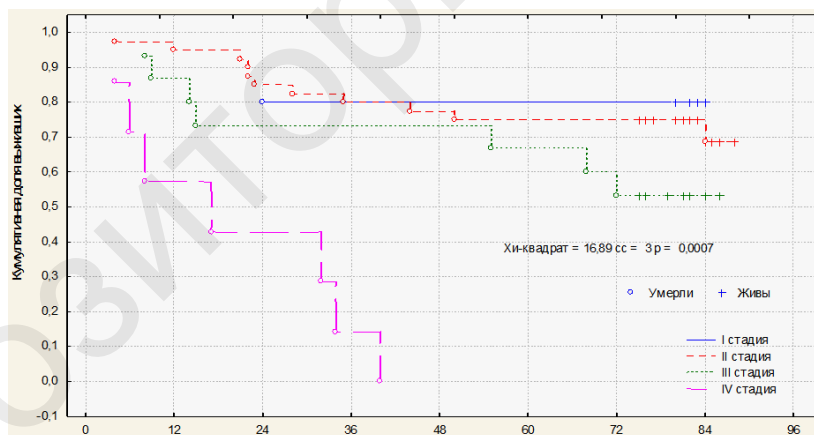


Рисунок 1 — Выживаемость пациентов в зависимости от стадии заболевания (кривые Каплана-Мейера)

Важным фактором неблагоприятного прогноза явилось массивное (N2) метастатическое поражение регионарных лимфоузлов. Пятилетняя выживаемость пациентов без лимфогенных метастазов (N0) составила $75,6 \pm 6,4$ %, при N1 — $81,8 \pm 11,6$ %, при N2 — $25,0 \pm 21,7$ % ($\chi^2 = 9,6$, $P = 0,008$). Отсутствие различий показателей выживаемости при N0 и N1 можно объяснить эффективностью адъювантной химиотерапии, которая проводится, согласно действующим протоколам, всем пациентам с поражением регионарных лимфоузлов.

При анализе показателей выживаемости в зависимости от степени распространенности первичной опухоли (T) статистически значимых различий у пациентов исследуемой группы выявить не удалось ($\chi^2 = 0,24$, $P = 0,89$), что можно объяснить небольшим

(всего 6 человек) количеством наблюдений с инвазией опухоли в пределах мышечной оболочки стенки кишки (T1-T2N0M0), пятилетняя выживаемость в этой подгруппе составила $80,0 \pm 17,9$ %. При прорастании опухолью всей стенки кишки, кроме серозной оболочки (T3N0M0), данный показатель составил $66,7 \pm 19,2$ %, при инвазии серозной оболочки (T4N0M0) — $76,9 \pm 6,7$ %.

Пятилетняя выживаемость была значительно выше у пациентов с высокой и умеренной степенью дифференцировки опухоли (G1-G2), в сравнении с низкодифференцированными (G3-G4) — $78,4 \pm 6,8$ % и $43,8 \pm 12,4$ %, соответственно ($\chi^2 = 2,39$, $P = 0,02$).

Отдаленные результаты лечения не зависели от локализации первичной опухоли и вида выполненной радикальной операции. При локализации в правых отделах ободочной кишки пятилетняя выживаемость составила $70,2 \pm 6,7$ %, в левых отделах — $69,7 \pm 8,0$ %, в поперечной ободочной кишке — $66,7 \pm 27,2$ % ($\chi^2 = 0,35$, $P = 0,84$). Наблюдалась тенденция к снижению пятилетней выживаемости среди пациентов, перенесших комбинированные операции, в сравнении со стандартными — $55,0 \pm 11,1$ % и $71,2 \pm 6,3$ %, соответственно ($P = 0,17$). Наличие послеоперационных осложнений не влияло на отдаленные результаты лечения, пятилетняя выживаемость пациентов при неосложненном течении послеоперационного периода составила $66,7 \pm 5,8$ %, при наличии осложнений — $66,7 \pm 19,2$ % ($P = 0,54$).

Выводы

1. Диагностика РОК в каждом третьем случае является несвоевременной — удельный вес пациентов с III и IV стадиями опухолевого процесса в исследуемой группе составил 33,8 %.

2. Отдаленные результаты лечения пациентов с РОК зависели от степени распространенности опухолевого процесса: пятилетняя выживаемость при I стадии составила $80 \pm 17,9$ %, при II — $75,0 \pm 6,8$ %, при III — $66,7 \pm 12,2$ %, при IV — 0 % ($\chi^2 = 16,9$, $P = 0,0007$). Наиболее важным фактором прогноза для пациентов с РОК является наличие отдаленных метастазов, при которых трехлетняя выживаемость составила лишь $14,3 \pm 3,2$ %, пятилетнего рубежа не пережил ни один пациент. При отсутствии отдаленных метастазов трехлетняя выживаемость составила $78,3 \pm 5,3$ %, пятилетняя — $73,3 \pm 5,7$ % ($P = 0,0001$). Важным фактором неблагоприятного прогноза явилось массивное (N2) метастатическое поражение регионарных лимфоузлов, при этом пятилетняя выживаемость пациентов составила лишь $25,0 \pm 21,7$ %, в сравнении с $75,6 \pm 6,4$ % при N0 и $81,8 \pm 11,6$ % при N1 ($\chi^2 = 9,6$, $P = 0,008$).

3. Результаты лечения пациентов зависели от степени дифференцировки опухоли: при G1-G2 — пятилетняя выживаемость составила $78,4 \pm 6,8$ %, при G3-G4 — $43,8 \pm 12,4$ % ($\chi^2 = 2,39$, $P = 0,02$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Мартынюк, В. В. Рак толстой кишки (заболеваемость, смертность, факторы риска, скрининг) / В. В. Мартынюк // Практическая онкология: избранные лекции. — СПб., 2004. — С. 151–161.

УДК 616.5-006.81

ПАРААНГЛИОМОПОДОБНАЯ КОЖНАЯ МЕЛАНОЦИТАРНАЯ ОПУХОЛЬ: УНИКАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, СХОЖЕЕ СО СВЕТЛОКЛЕТОЧНОЙ САРКОМОЙ И МЕЛАНОМОЙ КОЖИ

Бондаренко Ю. В.

Научный руководитель: ассистент Д. А. Зиновкин

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»**