

резистентности к индукции апоптоза в клетках Jurkat/A4 участвуют и другие внутриклеточные механизмы. Изучение особенностей и общих механизмов развития резистентности к апоптозу

при действии химиопрепаратов важно для поиска путей повышения эффективности лечения онкологических больных.

## СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМИ И МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ОПУХОЛЯМИ ПЕЧЕНИ

С.А. ФУРСОВ, А.В. ВАНХАЛЬСКИЙ, Н.М. КОЛОТОВА

*ОГУЗ «Новосибирский областной онкологический диспансер»*

Одной из ведущих причин смертности в онкологии является очаговое поражение печени злокачественными новообразованиями как первичного, так и вторичного характера, к которым относятся гепатоцеллюлярный рак, метастазы колоректального рака, метастазы при других первичных локализациях. Методом выбора лечения таких пациентов остается хирургическое вмешательство, которое, являясь потенциально радикальным, позволяет достичь 5-летней выживаемости на уровне 35-40%. Однако операбельность составляет от 5 до 15%. Столь низкий уровень связан с тем, что у остальных пациентов определяются множественные очаги в обеих долях, узел расположен в так называемых нерезектабельных зонах, значительно угнетены функциональные резервы печени либо анамнез отягощен тяжелой соматической патологией. Последнее десятилетие активно развивается сравнительно новый метод лечения опухолей печени – радиочастотная абляция (РЧА), подразумевающая локальное разрушающее воздействие на опухоль и приводящая к развитию некроза с последующей организацией.

**Цель исследования** – оценить результаты собственных наблюдений применения метода РЧА при первичных и метастатических опухолях печени.

**Материалы и методы.** В хирургическом отделении ОГУЗ «Новосибирский онкологический диспансер» с 2004 по 2008 г. выполнено 37 РЧА первичных и вторичных опухолей печени. Из них 24 – метастазы колоректального рака, 9 – метастазы рака молочной железы, 3 – гепатоцеллюлярный рак печени, 1 – метастазы мела-

номы. Средний возраст пациентов составил 58,2 года. Предоперационная диагностика включала обязательное ультразвуковое сканирование и компьютерную томографию печени с контрастным усилением, а также комплекс обследований на выявление метастазов в другие органы. Показаниями к проведению РЧА приняты размеры метастазов от 1 до 5 см в диаметре, общим количеством очагов не более четырех, при условии удаленного первичного поражения и отсутствии внепеченочных проявлений болезни.

РЧА выполнялась в условиях операционной под контролем УЗИ. Верификацию диагноза проводили путем пункционной биопсии метастазов со срочным цитологическим исследованием. Абляция выполнялась при помощи аппарата Cool-Tip Radionics, длина рабочей части активного электрода 1, 2, 3 см в зависимости от размеров метастаза, для метастазов 3–5 см использовался трехигольчатый кластер. Критерием эффективности воздействия на метастаз служила температура, измеренная в центре очага в течение 3 мин после проведения абляции (не менее 70 °С).

**Результаты.** Летальности в нашей группе пациентов не было. У одной пациентки на 6-е сут. развился диффузный серозный перитонит, что потребовало лапаротомии. У всех больных отмечалось умеренное повышение трансаминаз (АлТ, АсТ) – до 300-400 ед/л, которое самостоятельно купировалось через 10–14 сут. Средняя длительность послеоперационного периода составила 11,7 сут. Контрольная компьютерная томография проводилась через 1 мес, далее каждые 3 мес. Во всех случаях определялись

зоны отсутствия накопления контраста в месте дооперационной локализации опухоли.

**Выводы.** РЧА – относительно безопасный метод лечения больных с первичными и мета-

статическими опухолями печени, не сопровождается большим количеством осложнений, органично включен в концепцию комплексного подхода.

## К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

**Ш.З. ХАБИБУЛАЕВ, Д.З. ЗИКИРЯХОДЖАЕВ**

*ГУ «Онкологический научный центр» МЗ РТ, г. Душанбе*

Лечение местнораспространенного плоскоклеточного рака челюстно-лицевой области в основном хирургическое, а функциональные и косметические результаты этих операций, как правило, неудовлетворительные. Помимо эстетического дискомфорта больные жалуются на ухудшение таких важных функций, как жевание, глотание и речь. Поэтому важнейшей задачей современной онкологии является хирургическая реабилитация, заключающаяся в осуществлении восстановительных пластических операций после широкого удаления злокачественных новообразований.

Под нашим наблюдением находились 104 пациента местнораспространенным ( $T_3$  и  $T_4$ ) плоскоклеточным раком органов головы и шеи в возрасте от 28 до 81 года, которым произведены комбинированные или расширенно-комбинированные операции. По типу образовавшихся дефектов больные разделены на две группы: 1) несквозные дефекты; 2) сквозные дефекты.

Первую группу составили пациенты с несквозными распространенными дефектами кожи или слизистой оболочки полости рта и глотки – 84 (80,8%) больных. Во вторую группу включено 20 (19,2%) больных с распространенными сквозными дефектами, имеющими сообщение между полостью рта, носа и внешней средой.

Для реконструкции изъянов в первой группе использовался, как правило, один лоскут, а во

второй группе – как минимум два: один для формирования внутренней выстилки и другой для закрытия кожного изъяна. Всего использовано 128 кожно-фасциальных и кожно-жировых лоскутов на ножке.

Осложнения в виде полных и частичных некрозов концевых отделов лоскутов, а также образование свищей и расхождение швов диагностированы у 31 (29,8%) пациента. Полные некрозы трансплантатов отмечены только в 3 случаях и составили 2,9%. Тщательно проанализировав эти осложнения, мы пришли к заключению, что причиной их стала чрезмерная ротация дистального отрезка лоскута, что привело к ухудшению кровоснабжения в кожном фрагменте и, как результат, некрозу. В первой группе осложнения составили 27,3%, а во второй – 40%.

Средняя продолжительность пластического этапа операции – 1,2 ч. У 88 (84,6%) больных функциональный и эстетический результат оценен как «хороший» и у 9 – как «удовлетворительный».

В заключение хотим отметить, что реконструктивно-восстановительные операции с применением кожно-фасциальных и кожно-жировых трансплантатов на ножке являются неотъемлемой частью реабилитационных мероприятий и направлены на улучшение косметических и функциональных результатов.