

Всем больным проводилось консервативное лечение с положительным результатом.

Койко-день у оперированных этой группы составил от 14 до 54. Причем средний койко-день у больных с наложением аппаратного анастомоза составил 19, ручного 25,0. Продолжительность операций колебалась от 1 ч 40 мин до 5 ч 25 мин. Длительность вмешательства зависела от многих моментов и в среднем при использовании степлера составила 2,7 часа, при ручном шве 2,9 часа.

Таким образом, с появлением в практике довольно надежных сшивающих аппаратов у хирургов расширились возможности выполнения сфинктерсохраняющих операций, что особенно актуально при выполнении так называемых низких передних резекций при раке прямой кишки.

Применение аппаратов существенно не сказалось по нашим материалам на уменьшении продолжительности операции. В то же время значительно сократилось время пребывания в стационаре с 25 до 19. Количество несостоятельств в обеих группах сопоставимо.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ИНТРОПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ ЦИТОСТАТИКОВ ПРИ ОВАРИАЛЬНОМ И КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

А.В. Шелехов, В.В. Дворниченко, И.В. Ларионова, Р.И. Расулов, Д.Д. Мориков, А.Г. Захаров

Иркутский ООД
Иркутский ГИУВ

В настоящее время, в структуре онкологической заболеваемости, по российским данным колоректальный рак находится на 3 месте. При этом 4 стадия заболевания при раке ободочной и прямой кишки встречается в среднем в 35% - 40% случаев. Медиана выживаемости при не леченном колоректальном и овариальном раке составляет в среднем 3-4 месяца. Попытки выполнить резекционные операции у этих больных неизбежно ведут к рецидиву опухоли на брюшине, не улучшают выживаемости и качества жизни этих больных.

Системная химиотерапия для профилактики и лечения перитонеального карциноматоза неэффективна, применение регионарной внутрибрюшинной химиотерапии как самостоятельного способа лечения карциноматоза брюшины также малоэффективно.

Сочетание циторедуктивных оперативных вмешательств, направленных на максимальное удаление опухолевой ткани из брюшной полости, и гипертермической интроперитонеальной перфузии цитостатиков позволило, по мнению большого количества авторов, поменять подход к лечению перитонеального карциноматоза (Yonemura Y. et al., 1996; Mangero L.B. et al., 1999; Sugarbaker P.H. et al., 1996, 2000; Jivan S. et al., 2002).

В нашем исследовании мы демонстрируем первый опыт использования гипертермической интроперитонеальной перфузии цитостатика в сочетании с циторедуктивными оперативными вмешательствами при раке ободочной, прямой кишки и раке яичников.

Данная методика была использована в ходе лечения у 5 пациентов с диагнозами:

1. Рак прямой кишки $T_4N_1M_0$ 3 стадия, 4 клиническая группа. Канцероматоз брюшины малого таза

2. Рак яичников $T_{3c}N_1M_1$ IV ст. IV кл гр. Рост опухоли яичников в области прямой кишки, ректосигмоидного отдела толстой кишки, сигмовидной кишки. Канцероматоз брюшины левого, правого латерального канала, брюшины таза, большого сальника.

3. Рак слепой кишки $T_3N_2M_0$ 3С ст. 4 кл. гр. Канцероматоз брюшной полости.

4. Рак сигмовидной кишки $T_3N_1M_1$ 4 стадия, 4 клиническая группа. Канцероматоз париетальной брюшины.

5. Рак тощей кишки $T_3N_0M_1$ 4 стадия, 4 клиническая группа. МТС в яичники, канцероматоз малого таза.

Средний возраст пациентов составил 54,4 года, все пациенты были женщины. Во всех случаях на дооперационном и интраоперационном этапе был диагностирован и верифицирован гистологически канцероматоз брюшной полости: париетальной и висцеральной брюшины.

На дооперационном этапе всем пациентам проводилось комплексное обследование, включавшее клиничко-лабораторный, рентгенологический, ультразвуковой, эндоскопический и морфологический методы исследования согласно принятым медико-экономическим стандартам.

В ходе оперативного лечения пациентам были выполнены следующие хирургические вмешательства: обструктивная брюшно - анальная резекция прямой кишки в варианте Иноятова; обструктивная комбинированная сигмоидэктомия, низкая передняя передняя

резекция прямой кишки, оментэктомия, ампу- тация матки с придатками, перитонеумэктомия в объеме 0, 4, 5, 6, 7, 8 секторов брюшины (Sugarbaker, 2003, PSS-3 ((heavy)); резекция тонкой кишки, оментэктомия, перитонеумэк- томия в объеме 0, 2, 4, 5, 7, 8 секторов брюши- ны (Sugarbaker, 2003, PSS-3 ((heavy)); сигмои- дэктомия, оментэктомия, перитонеумэктомия в объеме 0, 2, 4, 5, 7, 8 секторов брюшины (Sugarbaker, 2003, PSS-3 ((heavy)); резекция тощей кишки, перитонеумэктомия в объеме 0, 2, 4, 5, 7, 8 секторов брюшины (Sugarbaker, 2003, PSS-3 ((heavy)).

В ходе оперативного лечения всем пациен- там проводился интраперитонеальный лаваж объемом 3 литра физиологического раствора и 30 мг митомицина С, нагретого до температуры 42 С. Непрерывная подача раствора в брюш- ную полость и аспирация осуществлялась с помощью роликового насоса «УНИРОЛ», про- изводство Россия. Нагрев раствора до 42С вы- полняли с помощью водяной бани TW-2, про- изводство Германия.

Осложнений в ходе оперативного вмеша- тельства и послеоперационном периоде отме- чено не было. Спустя 4 недели после оператив- ного вмешательства пациентам назначена адъ- ювантная химиотерапия. Все пациенты в отда- ленном послеоперационном периоде на 3 и 6 месяц послеоперационного периода прошли контрольное обследование включающее: эндо- скопическое исследование желудка и толстой кишки, рентгенологическое исследование орга- нов грудной клетки, УЗИ брюшной полости, КТ брюшной полости и малого таза – данных за рецидив и прогрессирование заболевания не выявлено.

Таким образом, использованная технология циторедуктивных оперативных вмешательств в сочетании с гипертермической интроперитоне- альной перфузии цитостатиков, позволяет ус- пешно проводить лечение пациентов диссеми- нированными формами колоректального и ова- риального рака.

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ С УЧЕТОМ ИСХОДНОГО ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА

А.Е. Юркова

РНЦРХТ, г. Санкт-Петербург

Рак яичников – прогностически неблаго- приятная онкопатология. Однако, как свиде- тельствует собственный опыт и данные литера- туры, результативность комбинированного ле- чения колеблется в широких пределах: одни больные с III-IV стадией заболевания умирают в первые 1-2 года, другие с идентичными ста- диями и схемами комбинированного лечения живут 5 и более лет. Представляется актуаль- ным анализ высокой вариабельности эффек- тивности проводимой терапии.

Собственные результаты.

Анализирован исходный иммунологиче- ский статус и кривые выживаемости 168 боль- ных раком яичников III-IV стадий (n=122) и рецидивами заболевания (n=46). При этом были изучены показатели субпопуляционного соста- ва лимфоцитов крови и их функциональные характеристики до начала и в процессе лечения, исследована взаимосвязь исходных показателей периферических лимфоцитов с продолжитель- ностью жизни больных.

В процессе исследования установлена вы- сокая вариабельность исходного иммунного (лимфопоэтического) статуса у больных раком яичников. В каждом отдельном случае имели место либо активация, либо истощение, либо относительно нормальное состояние лимфопо- эза. Предварительно для оценки иммунного статуса и ресурсности лимфопоэза на основе анализа лабораторных показателей был разра- ботан референтный диапазон количественных показателей субпопуляционного состава лим- фоцитов периферической крови для больных раком яичников.

В качестве референтного диапазона при этом были использованы средние значения фи- зиологической нормы ($M_1 \pm 1\sigma_1$) и более высо- кие значения, характерные для пациентов с доброкачественными опухолями яичников ($M_2 \pm 1\sigma_2$). Основанием для такого подхода к выбору референтного диапазона послужил факт компенсаторного напряжения при доброкачест- венном росте по сравнению с нормальными показателями. Оптимальным диапазоном пока- зателей для больных раком яичников был из- бран диапазон, нижняя граница которого рав- нялась нижней границе показателей в группе здоровых лиц ($M_1 - 1\sigma_1$), а верхняя – верхней границе диапазона в группе с доброкачест- венными опухолями ($M_2 + 1\sigma_2$). Оптимальность раз- работанного диапазона была подтверждена продолжительностью жизни больных.