

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФИБРОЛАРИНГОСКОПИИ

С.Ю. ЧИЖЕВСКАЯ, Е.Л. ЧОЙНЗОНОВ, О.В. ЧЕРЕМИСИНА

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Злокачественные опухоли гортани и гортаноглотки по частоте поражения являются основными локализациями среди новообразований головы и шеи, их объединяет анатомическое соседство, одинаковые пути регионарного метастазирования, общие принципы лечения и подходы к реабилитации.

Цель исследования – оценить эффективность лечения больных раком гортани и гортаноглотки с использованием фиброларингоскопии на этапах комбинированного лечения.

Материал и методы. В исследование включено 68 больных с морфологически верифицированным раком гортани и гортаноглотки II–IV стадии. В плане комбинированного лечения пациентам проводилось 2 курса неoadъювантной химиотерапии с интервалом 3–4 нед по схеме паклитаксел – 175 мг/м², карбоплатин – AUC - 6, с последующей лучевой терапией в режиме мультифракционирования дозы по 1,3 Гр, 2 раза в день с интервалом 4 ч с оценкой

эффекта на СОД 40 изоГр. Затем пациентам, у которых была достигнута полная регрессия, лучевая терапия продолжалась до СОД 65 изоГр, а больным, у которых была зарегистрирована частичная регрессия или стабилизация процесса, выполнялась операция. Всем пациентам выполнялось фиброларингоскопическое исследование для оценки местной распространенности процесса до начала лечения, через 3 нед после каждого курса химиотерапии, при наборе СОД лучевой терапии, равной 40 изоГр и 65 изоГр.

Результаты. При анализе непосредственной эффективности полная регрессия опухоли, подтвержденная гистологически, зарегистрирована в 32,8 % случаев (забор материала проводился при фиброларингоскопии), частичная регрессия достигнута в 47,5%, стабилизация процесса – в 19,7 %.

Выводы. Фиброларингоскопия является важным методом оценки эффективности лечения больных раком гортани и гортаноглотки.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЭРОЗИЙ ЖЕЛУДКА: ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ

Д.Н. ЧИРКОВ, Н.С. РУДАЯ

НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова СибГМУ, г. Северск

Несмотря на значительные успехи фармацевтической промышленности, разработку и внедрение в клиническую практику новых поколений противоязвенных препаратов, проблема лечения хронических эрозий далека от разрешения. Ряд авторов рассматривают рецидивирующий эрозивный хронический гастрит как один из вариантов язвенной болезни.

Целью исследования явилась разработка и обоснование внедрения в клиническую практику новых методов лечения хронических эрозий желудка с применением эндоскопической техники.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 338 пациентов с хроническими эрозиями выходного отдела желудка. Для эндо-

скопической резекции слизистой применялась аспирационная методика с использованием дистальных пластиковых колпачков МН и МАУ и эндохирургических петель SD-7P и SD-16L.

Результаты. При разработке показаний к оперативному лечению хронических эрозий – эндоскопической резекции слизистой (ЭРС) – учитывали следующие факторы: продолжительность заболевания и эффективность консервативной терапии, локализацию эрозии и степень нарушения эвакуации желудочного содержимого, психологическую готовность больного к операции.

При анализе указанных фактов было отмечено, что при неэффективности комплексного консервативного лечения в течение 2–3 лет, с короткими периодами ремиссии и выраженным болевым синдромом, снижается трудоспособность, повышается риск развития осложнений (кровотечение и даже малигнизация), что является показанием к проведению оперативного лечения.

Таким образом, относительными показаниями к эндоскопической операции при хронической эрозии желудка явились:

- длительно (6 мес и более) не заживающие хронические эрозии, при условии полноценного медикаментозного лечения;

- рецидивирующее течение эрозивного гастрита не менее 5 лет, с ежегодными (1–2 раза) обострениями при условии правильного медикаментозного лечения;

- эрозивный гастрит с ежегодными обострениями, когда пациент настаивает на операции в силу невозможности проведения полноценного консервативного лечения либо на фоне выраженного болевого синдрома при обострении, значительно снижающими трудоспособность.

Кроме того, имеется абсолютное показание к выполнению эндоскопической резекции слизистой желудка с хронической эрозией:

- наличие в биоптатах толстокишечной метаплазии, дисплазии, тубулярной аденомы, малого рака.

Противопоказаниями к выполнению эндоскопической операции явились:

- множественные хронические эрозии желудка (более 2);

- острое желудочное кровотечение из эрозии;

- наличие распространенного злокачественного поражения желудка (за пределы собственной мышечной пластинки слизистой);

- тяжелая сопутствующая соматическая патология;

- отказ пациента от оперативного лечения.

ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

А.В. ШЕЛЕХОВ¹, В.В. ДВОРНИЧЕНКО¹, С.Г. АФАНАСЬЕВ²

*Иркутский областной онкологический диспансер¹
НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск²*

По данным литературы, «золотым стандартом» в лечении рака прямой кишки (РПК) является сочетание предоперационного облучения и радикальной операции. Однако РПК, осложненный опухолевым стенозом, тем более сопровождающийся наличием параректальных свищей и абсцессов, считается противопоказанием к проведению неoadъювантной лучевой терапии.

Цель исследования – изучить непосредственную и отдаленную эффективность ком-

бинированного лечения осложненного рака с применением эндохирургических методик восстановления толстокишечного пассажа и предоперационной лучевой терапии.

Материал и методы. В исследование включены 157 больных стенозирующим раком прямой кишки II–III стадии. Из них основную группу составили 89 больных, которым на первом этапе восстанавливали толстокишечный пассаж с помощью эндохирургических вмешательств (вре-