

довательно, интраоперационное внутритканевое и внутривенное введение химиопрепаратов на аутосредах организма снижает частоту как местных рецидивов, так и отдаленных метастазов рака молочной железы.

3-летняя безрецидивная выживаемость у больных 2 группы составила $85,72 \pm 3,7\%$, 5-летняя – $82,84 \pm 3,8\%$. Достоверно лучшие показатели безрецидивной выживаемости в 1 группе больных: 3-летняя безрецидивная выживаемость – $95,38 \pm 2,3\%$, 5-летняя – $91,83 \pm 2,9\%$.

Таким образом, дополнение органосохраняющей операции на молочной железе интраоперационной химиотерапией на аутосредах организма позволяет достоверно снизить частоту рецидивов и метастазов рака, улучшить показатели безрецидивной выживаемости больных, что позволяет рекомендовать использовать данный метод химиотерапии в органосохраняющем лечении рака молочной железы.

Выводы.

1. Применение интраоперационной химиотерапии на аутосредах организма в органосохраняющем лечении рака молочной железы $T_{1-2}N_0M_0$ привело к увеличению 3- и 5-летней безрецидивной выживаемости до $95,38 \pm 2,3\%$ и $91,83 \pm 2,9\%$ по сравнению с органосохраняющим лечением без химиотерапии на аутосредах – $85,72 \pm 3,7\%$ и $82,84 \pm 3,8\%$ соответственно ($p < 0,05$).

2. Разработанные методы интраоперационной химиотерапии на аутосредах организма в органосохраняющем лечении рака молочной железы продемонстрировали хорошую переносимость больными, отсутствие развития осложнений.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ С ОЗОНИРОВАННЫМИ СРЕДАМИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА

О.И. Кит, Ю.А. Геворкян, Н.В. Солдаткина, Е.М. Франциянц, С.А. Ильченко, Д.А. Харагезов, А.В. Дашков

РНИОИ, г. Ростов-на-Дону, Россия

Несмотря на устойчивую тенденцию к снижению заболеваемости раком желудка, он остается одной из самых распространенных форм злокачественных опухолей (Мерабишвили В.М., 2001; Имянитов Е.Н., 2009; Стилиди И.С. и соавт., 2009). В Российской Федерации в структуре онкологической заболеваемости рак желудка занимает 3-е место после рака легкого и кожи, и 2-е место в структуре смертности после рака легкого. Ежегодно учитывается 48,8 тыс. новых случаев рака желудка, что составляет более 11% от всех

злокачественных опухолей, 45 тыс. больных умирают от рака желудка (Ганцев Ш.Х., 2006).

Основным методом радикального лечения больных раком желудка является хирургический (Янкин А.В., 2009), но даже в условиях местной распространенности опухолевого процесса радикальность оперативных вмешательств составляет примерно 30-40% (Бердов Б.А. и соавт., 2001). Для улучшения результатов лечения разрабатываются методы комплексного лечения, включающие химиолучевое лечение. Однако возможности химиолучевого лечения ограничены резистентностью опухоли желудка (Бердов Б.А. и соавт., 2001; Щепотин И.Б. и соавт., 2001; Давыдов М.И. и соавт., 2001; Скоропад В.Ю., 2009). Поэтому важным подходом при лечении больных раком желудка являются способы введения и доставки химиопрепаратов к опухолевому очагу (Трякин А.А., 2009). Наиболее адекватным путем доставки химиопрепаратов к злокачественной опухоли является их прямое введение в сосуды, питающие опухоль (Волков Н.М., 2009). Перспективным направлением является также применение различных модуляторов, повышающих эффективность химиопрепаратов и влияющих на отдаленные результаты лечения (Тюляндин С.А., 2001) к которым относится и озонотерапия. Экспериментальный и клинический опыт применения озонотерапии показывает, что ее действие связано с развитием свободнорадикальных процессов, образованием активных форм кислорода, действующих в качестве естественных физиологических активаторов многих биологических функций, в том числе и иммунитета (Вашюттл И. и соавт., 1989), что позволяет использовать ее в комплексном лечении злокачественных новообразований (Алехина С.П., Щербатюк Т.Г., 2003; Бугров В.В. и соавт., 2006). Учитывая все вышеизложенное, целесообразным представляется использовать в комплексном лечении рака желудка методы, позволяющие подводить химиопрепараты непосредственно в опухоль, а также изменять чувствительность опухоли к химиопрепаратам и состояние защитных систем организма, к которым относится регионарная и системная, интраоперационная химиотерапия с озонированными аутокровью и физиологическим раствором, что позволит улучшить результаты лечения больных раком желудка.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных резектабельным раком желудка путем применения химиотерапии с озонированными средами во время операции гастрэктомии.

Материал и методы.

Проанализированы данные о 30 больных раком желудка $T_{3-4}N_{0-2}M_0$. Шесть больных были в возрасте до 50 лет; 24 – старше 50 лет. Морфологически у 20 (66,6%) больных была установлена аденокарцинома разной степени дифференциров-

ки, перстневидноклеточный рак у 9 больных, другие гистологические типы – 1 больной. Регионарные метастазы были обнаружены у 17 больных. 15 человек (основная группа) проведено комплексное лечение, включающее гастрэктомию и интраоперационную химиотерапию с озонированными средами. 15 больным (контрольная группа) проводили стандартную операцию гастрэктомию без интраоперационных воздействий. Группы больных сопоставимы по возрасту, полу, данным гистологического исследования, степени распространенности опухолевого процесса.

Для проведения комплексного лечения с применением химиотерапии с озонированными средами вводили интраоперационно внутривенно 100 мл озонированной аутокрови (400 мкг/л), в последующем с интервалом 5 мин вводили лейковорин в дозе 100 мг/м² и 5-фторурацил в дозе 13,5 мг/кг, а в левую желудочную артерию 50 мл озонированного физиологического раствора (1000 мкг/л), в последующем с интервалом 5 мин вводили оксалиплатин в дозе 85 мг/м². После 30 минутной экспозиции химиопрепарата в пораженном органе выполняли гастрэктомию.

Затем больные обеих групп получили по 6 курсов адьювантной химиотерапии по схеме FolFox, включающую препараты платины, 5-фторурацил и лейковорин.

Результаты и обсуждение.

После проведения гастрэктомии с интраоперационной химиотерапией с озонированными средами после удаления гистологического препарата проводилось морфологическое исследование ткани опухоли, паратуморальной зоны, линии резекции, при котором был выявлен выраженный отек вокруг опухолевых клеток и желез, дистрофические и некробиотические изменения в опухолевых клетках, что подтверждало развитие лечебного патоморфоза.

Срок наблюдения больных основной и контрольной групп составил от 1 до 14 месяцев. В основной группе больных в течение этого времени не выявлены местные рецидивы и отдаленные метастазы. В контрольной группе у 2 пациентов выявлены отдаленные метастазы в печень, диссеминация по брюшине с явлениями асцита. У 1 больного возник местный рецидив в области анастомоза.

Полученные данные свидетельствуют не только о снижении частоты прогрессирования заболевания, но и об увеличении длительности бессобытийного периода после применения интраоперационной химиотерапии с озонированными средами во время операции гастрэктомии.

Выводы.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что применение интраоперационной химиотерапии с озонированными средами во время операции гастрэктомии способствует снижению частоты прогрессирования заболевания на 20% за период наблюдения от 1 до 14

месяцев, а также приводит к выраженному отеку стромы опухоли и развитию лечебного патоморфоза.

ВОЗМОЖНОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЩАДЯЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ В ХИРУРГИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

О.И. Кит, Ю.А. Геворкян, Д.С. Петров, Н.В. Солдаткина, Д.А. Харатегезов

РНИОИ, г. Ростов-на-Дону

Высокие показатели заболеваемости раком толстой кишки с наблюдаемым неуклонным ростом, увеличение числа распространенных форм злокачественных опухолей толстой кишки и смертности от этой патологии (Мартынюк В.В., 2004; Pahlman L. et al., 2007), обуславливают актуальность проблемы совершенствования лечебных мероприятий при раке толстой кишки (Gliemliel B. et al., 2008; Nordlinger B. et al., 2009).

Одной из сложных проблем современной онкологии является местно-распространенный рак толстой кишки, прорастающий мочевого пузыря в связи со сложностью лечения и высоким процентом инвалидизации. Большинству таких больных помимо оперативного вмешательства на толстой кишке выполняется цистэктомия (Сидоров Д.В. и соавт., 2010). Последние десятилетия совершенствуются пластические способы отведения мочи после цистэктомии. Основная цель таких операций – улучшение показателя качества жизни больных.

Восстановить мочеиспускание через естественные мочевые пути позволяет ортотопическая пластика мочевого пузыря. Однако ее выполнение сопряжено с рядом осложнений, недержанием мочи (Перепечин Д.В., 2009). Несмотря на большое количество исследований, поиск способов профилактики и лечения данных осложнений продолжает оставаться актуальным.

Цель исследования: улучшение результатов лечения местно-распространенного рака толстой кишки, прорастающего в мочевой пузырь, путем расширения показаний для сохранения основания мочевого пузыря с устьями мочеточников и уретрой и пластическим замещением дефекта мочевого пузыря изолированным тонкокишечным резервуаром.

Материал и методы.

Проанализированы результаты лечения 17 больных местно-распространенным раком толстой кишки, прорастающим в мочевой пузырь, из них 11 мужчин. 7 больных находилось в возрасте от 43 до 50 лет, 10 больных – в возрасте от 51 до 59 лет. Распределение по стадиям: T₄N₁M₀ – 3 больных, T₄N₂M₀ – 9 больных, T₄N₃M₀ – 5 больных. Гистологически у всех больных была установлена аденокарцинома. Больные были распре-