

венно $58,7 \pm 15,2\%$ ($48,2 \pm 26,2\%$ и $72,1 \pm 8,6\%$). Разница показателей в основной и контрольной группе пациентов с доброкачественными, злокачественными глиомами и в целом по всей выборке оказалась высоко статистически достоверной ($p < 0,001$). Это свидетельствует о достоверном и значимом повышении радикальности операции в условиях применения интраоперационной ультразвуковой и флуоресцентной навигации. В контрольной группе отмечали тесную обратную связь степени радикальности операции с качеством жизни послеоперационных пациентов (коэффициент корреляции $r = -0,844$). Значит, повышение радикальности операции без флуоресцентной и ультразвуковой навигации повышает риск снижения качества жизни пациента. В основной группе связь параметров положительна ($r = +0,653$), что свидетельствует о повышении радикальности оперативного вмешательства с улучшением качества жизни пациента.

Выводы. Применение интраоперационной ультразвуковой и флуоресцентной навигации при удалении опухолей головного мозга способствует улучшению качества жизни пациентов за счет радикальности удаления новообразования. Это определяет увеличение медианы выживаемости больных за счет более эффективного ответа меньшего объема опухоли на последующую комплексную лучевую и химиотерапию. Увеличение радикальности резекции опухоли без использования методики при удалении первичных опухолей головного мозга приводит к ухудшению качества жизни пациентов.

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: РЕГРЕССИЯ НА ФОНЕ ХИМИОТЕРАПИИ

*П.Б. Зотов, С.А. Ральченко, Л.В. Гайсина,
А.З. Потапова, А.В. Прохорченко,
А.А. Мойсеев, А.Б. Хисматулина*

Тюменский ООД

Болевой синдром является одним из ведущих и наиболее тяжелых проявлений распространенного рака поджелудочной железы, а его контролирование во многих случаях представляет сложную клиническую задачу. Провидимая химиотерапия, у этих пациентов, помимо противоопухолевого эффекта, во многих случаях позволяет уменьшить выраженность боли, что способствует повышению качества их жизни,

снижает потребность в болеутоляющих средствах.

Цель исследования: оценить регрессию болевого синдрома на фоне отдельных схем полихимиотерапии у больных раком поджелудочной железы.

Материал исследования: обследовано 34 больных раком поджелудочной железы в возрасте от 36 до 65 лет, средний – $48,3 \pm 4,3$ лет. Из них мужчин – 13, женщин – 10. Во всех случаях диагноз был подтвержден морфологически (аденокарцинома – у 22 человек). Местно распространенный процесс был в 6, метастатический – в 17 случаев (у 16 пациентов имелось поражение печени). Тяжесть состояния больных: удовлетворительное – 15, среднетяжелое – 8.

Оценка интенсивности болевого синдрома осуществлялась по 5-тибальной шкале вербальных оценок (ШВО). Этапы исследования: при первичном поступлении, спустя 1, 2 и 3 месяца – перед проведением очередного курса полихимиотерапии (ПХТ). КТ-контроль проводился всем пациентам в среднем через 3 месяца от начала лечения.

Результаты и обсуждение.

На момент первичного обследования хронический болевой синдром (ХБС) регистрировался у всех больных: слабой интенсивности (1 балл) – 4, умеренной (2 балла) – 14, сильной (3 балла) – 5. Средняя интенсивность боли по ШВО в группе составила – $2,04 \pm 0,39$ балла. Болеутоляющие средства согласно «анальгетической лестницы» ВОЗ получали все пациенты. У 32 человек определялся достаточный эффект.

Специальное лечение входило в план исследования. Использовались 3 схемы: FAM (1-я группа, $n=13$), GP (2-я группа, $n=10$) и De Grammont (3-я группа, $n=11$) с стандартных дозировках, рассчитываемых индивидуально на m^2 .

Перерасчет средних значений интенсивности болей: 1-я группа – $2,0 \pm 0,30$ балла; 2-я – $2,1 \pm 0,33$, 2-я – $2,0 \pm 0,37$.

Динамическое наблюдение за пациентами показало, что проведение сравниваемых схем химиотерапии определяет различную обратную динамику болевого синдрома (рис. 1).

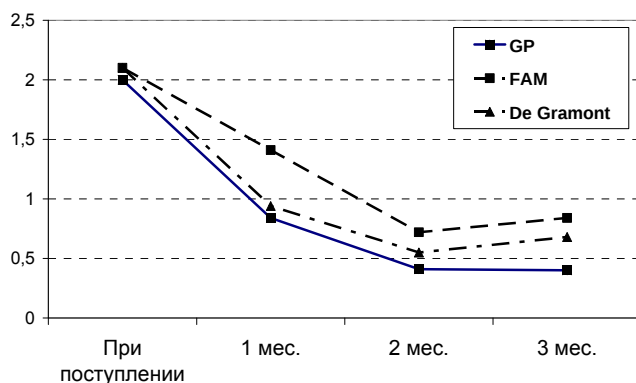


Рис. 1. Динамика средних значений интенсивности боли у больных сравнимых групп, в баллах по ШВО.

На представленном рисунке можно отметить, что на фоне применения гемцитабина и цисплатина наблюдалась более ранняя и выраженная регрессия болевого синдрома. При контрольном обследовании спустя 2,5-3 месяца от начала лечения среди лиц, получающих химиотерапию по схеме GP, 5 человек указывали на отсутствие системных болевых проявлений, в том числе 2 пациента, ранее имеющих выраженный болевой синдром и получающих сильные опиаты (морфин). Лишь в 1 случае наблюдалась стойкость болевых проявлений с сохранением исходных доз приема анальгетиков.

В то же время в 1-й группе (схема FAM) подобные явления отмечались у 3-х человек, а у 1-го с усилением боли в динамике. Отказ от морфина в этой группе наблюдался в 1 случае с переводом больного на промедол. На фоне 48-часовых инфузий фторурацила (3-я группа) эффективность занимала среднее положение между 1-й и 2-й группами. Таким образом, применение схемы GP позволяет более эффективно воздействовать на болевые проявления при раке поджелудочной железы. С другой стороны, применение De Gramont, при несколько меньшем эффекте регрессии боли, экономически более оправданно и доступно.

Обобщая представленные результаты можно сделать вывод о том, что на фоне применения полихимиотерапии клинические проявления онкопроцесса, в частности хронический болевой синдром, более значительно регрессируют при использовании гемцитабина и цисплатина, что, вероятно, обусловлено особенностями патогенетического воздействия препаратов. Одной из возможных точек воздействия, на наш взгляд, является субклинический эйфоризирующий эффект гемцитабина, регистрируемый у многих пациентов. Применение

схемы De Gramont так же позволяет получить положительный клинический эффект. В целом, малое количество наблюдений, безусловно, не позволяет сделать однозначные выводы. Однако данное направление требует дополнительных исследований.

МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫЙ РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ, ПРОРАСТАЮЩИЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ: ВОЗМОЖНОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЩАДЯЩИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

О.И. Кит, Ю.А. Геворкян,
Н.В. Солдаткина, Д.А. Харагезов

РНИОИ, г. Ростов-на-Дону

Местно-распространенный рак толстой кишки, прорастающий мочевой пузырь является одной из сложных проблем современной онкологии в связи со сложностью лечения и высоким процентом инвалидизации. Большинство таких больных помимо оперативного вмешательства на толстой кишке выполняется субтотальная резекция мочевого пузыря или цистэктомия (Сидоров Д.В. и соавт., 2010). Несмотря на большое количество исследований, поиск способов улучшения результатов хирургического лечения данной категории больных 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: $T_4N_1M_0$ – 3 больных, $T_4N_2M_0$ – 9 больных, $T_4N_3M_0$ – 5 больных. Гистологически у всех больных была установлена аденокарцинома. Больные были распределены на 2 группы. 1 (основную) группу составили 7 больных, которым выполнена операция в объеме резекции толстой кишки, субтотальной резекции мочевого пузыря с сохранением основания мочевого пузыря с устьями мочеточников и уретрой и