

дующем с интервалом 5 мин вводили 85 мг/м² оксалиплатина, на следующий день 100 мл озонированного физиологического раствора (400 мкг/л), 100 мг/м² лейковорина и 13,5 мг/кг 5-фторурацила вводили внутривенно капельно, каждый последовательно, повторяя такую последовательность введения химиопрепаратов еще дважды с интервалом 3 недели (получен патент РФ «Способ лечения рака желудка» // Патент России №2428993. 2011. Бюл. № 26).

В контрольной группе больные после операции гастрэктомии получали курсы стандартной химиотерапии теми же препаратами и в тех же дозах, что и больные основной группы.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что в обеих группах больных интраоперационных осложнений не наблюдалось. Различия были выявлены в особенностях течения послеоперационного периода больных основной и контрольной групп. В основной группе больных отмечено 2 (6,6%) ($p < 0,05$) послеоперационных осложнения (нагноение послеоперационной раны – 3,3%, явления анастомозита – 3,3%). В контрольной группе больных – 11 (33,3%) послеоперационных осложнений (нагноение послеоперационной раны – 13,3%, явления анастомозита – 13,3%, пневмония – 3,3%, тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии – 3,3%).

В обеих группах больных в послеоперационном периоде имелись такие жалобы, как расстройство сна, отсутствие аппетита, слабость, диспепсические расстройства (тошнота, рвота, изжога, вздутие живота), но в контрольной группе они наблюдались чаще на 25%.

Анализ результатов исследования показывает, что предложенная методика лечения больных резектабельным раком желудка с применением химиотерапии с озонированными средами во время операции гастрэктомии и в послеоперационном периоде является многокомпонентной, сочетает в себе действие различных факторов на ткань опухоли и организм в целом. Использование медицинского озона, обладающего противовоспалительным, иммуностимулирующим, антибактериальным, дезинтоксикационным действием, сочетание с введением аутокрови, снижает токсические явления, что в конечном итоге снижает риск возникновения послеоперационных осложнений и достоверно улучшает клиническое течение послеоперационного периода.

Выводы. Комплексное лечение больных резектабельным раком желудка с применением химиотерапии с озонированными средами во

время гастрэктомии и в послеоперационном периоде достоверно улучшает течение послеоперационного периода, способствует снижению частоты возникновения послеоперационных осложнений на 26,7%.

ЧРЕСКОЖНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ ТЕРМОАБЛЯЦИЯ С ВНУТРИТКАНЕВОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ НА АУТОПЛАЗМЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ В ПЕЧЕНЬ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ

*О.И. Кит, Ю.А. Геворкян, Ф.Н. Гречкин,
В.Е. Колесников, Р.Е. Толмах*

РНИОИ, г. Ростов-на-Дону

Хирургический метод является основным в лечении метастазов в печень рака толстой кишки, однако резекция печени возможна только у 10-12% больных. Альтернативой хирургическому лечению становятся методы деструкции, а в частности радиочастотная термоабляция (РЧТА). Улучшение результатов лечения возможно при использовании РЧТА в сочетании с подведением депонированных цитостатиков в область деструкции по методике разработанной в РНИОИ. Одной из основных проблем применения РЧТА с внутритканевой химиотерапией остается правильная интерпретация изменений в зоне деструкции.

Цель исследования: улучшить результаты СРКТ контроля эффективности чрескожной радиочастотной термоабляции с внутритканевой химиотерапией на аутоплазме в комплексном лечении нерезектабельных метастазов в печень рака толстой кишки.

Материалы и методы.

Проанализированы данные за 8 месяцев о 35 больных (19 женщин и 16 мужчины) нерезектабельным гистологически подтвержденным метастатическим поражением печени в возрасте от 32 до 71 года, ранее отлеченных комплексным методом по поводу рака толстой кишки (T3-4N0-2M0). Больные были разделены на основную группу (15 больных), которым генератором «RITA 1500X Medical Systems» с применением многозубцовых электродов «Star Burst» под УЗИ контролем проведена чрескожная радиочастотная термоабляция с внутритканевой химиотерапией 5-фторурацилом на аутоплазме (по данной методике подана заявка на изобретение «Способ лечения метастазов в

печень» приоритет от 8.12.2010 г.) и контрольную группу (20 больных), которым проводилась только адъювантная многокурсовая химиотерапия (оксалиплатин и 5-фторурацил). Через 4 недели после термоабляции больные основной группы, как и больные контрольной группы получали курсы аутогемохимиотерапии. Продолжительность и количество аппликаций зависило от размера метастазов. Критерием для завершения процедуры было образование гиперэхогенной зоны индуцированных изменений, сопоставимой с размерами опухоли по данным интраоперационного УЗИ. Оценку локального эффекта и наблюдение за больными производили при помощи УЗИ и СРКТ с внутривенным контрастированием на 3, 10 сутки, а также через 1, 3 и 6 месяцев после РЧТА.

Результаты и обсуждение.

При контрольном УЗИ на 3 сутки после РЧТА с внутритканевой химиотерапией у больных определялись зоны деструкции различной эхогенности на 15% большего диаметра, чем исходный размер метастатического узла, что соответствовало размерам зоны деструкции и перифокального отека, на 10 сутки образования уменьшались на 6-10%. У 3 (20%) больных основной группы, после РЧТА при контрольных УЗИ на 3 и 10 сутки зоны деструкции не визуализировались из-за образования перифокального отека вокруг зоны некроза, а СРКТ выявляла однородные образования в области деструкции метастазов, не накапливающие контрастный препарат. Наилучший эффект достигался при деструкции небольших метастазов, диаметром до 30 мм (100%). Всего РЧТА подвергнуто 36 метастатических узлов из которых в 34 (94,4%) достигнут полный некроз. За весь период наблюдения (8 месяцев) в основной группе выявлено прогрессирование заболевания только у 1 (6,7%) больного, а в контрольной группе за тот же период – у 8 (40%) больных.

Выводы.

1. Для оценки результатов лечения наиболее информативно использование СРКТ. Применение УЗИ в ранние сроки после операции для оценки результатов лечения менее информативно, чем СРКТ.

2. Наибольшая эффективность РЧТА отмечена при размерах метастазов в печени до 3см, если диаметр метастазов более 3см - возрастает риск неполной деструкции.

3. Применение РЧТА с внутритканевой химиотерапией на аутоплазме позволяет увеличить безрецидивный период в основной группе

до 3 месяцев по сравнению с 1 месяцем в контрольной группе и уменьшить частоту прогрессирования заболевания с 40% в контрольной группе до 6,7% в основной ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В АООД В ПЕРИОД С 2000-2005 ГГ.

Т.Н. Коробкова, А.А. Пинегин, Н.В. Барашкова

Амурская ГМА, г. Благовещенск
Амурский ООД, г. Благовещенск

Анализ заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований имеет важное значение для определения потребностей населения в онкологической помощи и разработки перспективных планов, касающихся производства оборудования и противоопухолевых средств, специальной подготовки кадров, а также всего комплекса противораковых мероприятий. Для оценки частоты возникновения в популяции рака определенной локализации используют различные показатели. Прежде всего, это абсолютное число всех новых больных, выявленных за год. Оценка доли случаев в общей структуре онкологической заболеваемости показывает, как соотносится частота определенной локализации рака с другими формами злокачественных новообразований в популяции. В России ежегодно регистрируется более 46 тысяч новых случаев рака молочной железы (РМЖ), что в структуре онкологической заболеваемости женского населения составляет 19%. Общее число умерших от РМЖ увеличилось с 12,5 тыс. (1983 г.) до 22,7 тыс. (2003 г.), т.е. прирост составил 10,2 тыс. (85%) По данным АООД, морфологическая верификация диагноза рака молочной железы (РМЖ) составляла 94,1%, т.е. диагноз подтверждался практически у всех женщин. Исключения составляли отказавшиеся от лечения (или имеющие противопоказания по соматическому статусу). Анализируя показатели онкопомощи больным с РМЖ в АООД, следует отметить, что за период 1996-2004 гг. увеличилась доля больных с выявленными I-II стадиями процесса; снизилась одногодичная летальность. Возраст является одним из основных факторов, с которым наиболее отчетливо связаны развитие заболевания, уровень и структура заболеваемости. Структура заболевших в старших группах имеет некоторые особенности. В России преобладающими по частоте локализациями у женщин являются