

тахронным и 58 (31%) больных синхронным раком молочной железы. Время выявления между первой и второй опухолью составляло от 2-3 мес до 25 лет. Под нашим наблюдением находилось 20 пациентов, у которых при поступлении был диагностирован второй очаг метакронного рака молочной железы с промежутком между первой и второй опухолью от 2 до 5 лет, 420 пациентов с одиночно локализованным процессом в молочной железе. У всех больных диагноз был верифицирован цитологическим анализом: у 67% пациентов протоковый рак, 33% дольковый инвазивный рак молочной железы различной степени дифференцировки. Всем больным проводилось исследование уровня активности каталазы в ткани удаленной опухоли молочной железы и ее перифокальной зоны с вычислением коэффициента соотношения активности фермента в ткани опухоли к активности каталазы в ткани перифокальной зоны. При получении результата соотношения выше или равном $1,0 \pm 0,2$ прогнозируют возможность развития метакронного рака молочной железы.

Результаты. Ретроспективно установлено, что у больных с метакронным процессом рака молочной железы соотношение активности каталазы в ткани второй злокачественной опухоли к активности фермента в ткани перифокальной

ее зоны составило $1,0 \pm 0,2$. Из 420 пролеченных пациентов в возрасте от 39 до 47 лет с солитарным раком молочной железы у 405 уровень исследуемого показателя составил $0,5 \pm 0,04$, у 15 пациенток он не отличался от значений в группе больных с метакронным первично-множественным раком молочной железы. Уровень соотношения активности каталазы в ткани злокачественной опухоли к активности фермента перифокальной зоны больных не зависел от гистотипа опухоли, степени распространенности процесса. Указанные 15 пациенток были выделены нами в группу интенсивного наблюдения. Один раз в 6 мес им проводили углубленное клиническое обследование, включающее УЗИ, эхо- и маммографию. Динамическое наблюдение за этими пациентами выявило появление у 12 из них метакронно возникших очагов рака молочной железы, подтвержденных цитологическим и гистологическим исследованием в сроки от 2 до 4 лет.

Выводы. Данная методика позволяет определять группы риска по возникновению метакронного первично-множественного рака молочной железы, что значительно облегчает обнаружение второй опухоли на ранних стадиях ее развития.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ НА АУТОПЛАЗМЕ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ УРГЕНТНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

Д.С. ПЕТРОВ, А.В. ДАШКОВ

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»,
г. Ростов-на-Дону

Актуальность. В свете рассмотрения весьма актуальной проблемы снижения частоты гнойно-септических осложнений в онкологии, необходимо отметить, что помимо хороших результатов, достигнутых в лечении различных форм рака, методы биотерапии антибиотиками на естественных жидких аутосредах организма проявили себя как достаточно надежные в профилактике наиболее частых послеоперационных осложнений в хирургии рака легкого, желудка, ободочной кишки, гениталий.

Целью работы явилось изучение эффективности сочетанной аутобиоантибиотикотерапии (интраоперационной аутоплазмаантибиотикотерапии и послеоперационной аутогемоантибиотикотерапии) в лечении и профилактике послеоперационных осложнений гнойно-септического характера.

Материал и методы. Нами проведено в динамике комплексное клинико-лабораторное обследование и лечение 160 больных после ургентных операции на толстой кишке и

желудке с последующей реконструктивно-восстановительной или отсроченной радикальной операцией. Основную группу составили 95 больных (56 мужчин и 39 женщин), оперированных в ургентном порядке, которым выполнены разные объемы операций на толстой кишке и желудке, в зависимости от локализации первичной опухоли и ее распространенности и состояния больных. Все больные прошли микробиологическое исследование брюшного выпота с последующим индивидуальным подбором к ней антибиотиков. Антибиотики вводились интраоперационно на собственной плазме больных в дозе, превышающей суточную терапевтическую в 3–4 раза, в последующем на 4-е сут они вводились на аутокрови. Процедуры выполнялись в соответствии с методиками, предложенными академиком РАН и РАМН Ю.С. Сидоренко. Контрольную группу составили 65 больных (37 мужчин и 28 женщин), подвергшихся антибактериальной терапии в послеоперационном периоде по стандартным схемам, включая традиционные способы введения препаратов. Объем выполненной в ургентном порядке операции зависел от времени возникшего осложнения (прободение, кровотечение, непроходимость), степени распространенности рака, степени тяжести состояния пациента. 99 больных исследуемых групп с III стадией рака после симптоматической ургентной операции (обходные анастомозы, ушивание перфорации, перевязка сосудов) были повторно оперированы в плановом порядке в течение 3–4 нед. При раке желудка выполнялись циторедуктивные

резекции желудка, гастрэктомии, ушивание перфорации опухоли, обходной гастроэнтероанастомоз, перевязка сосудов, дренирование брюшной полости. При раке толстой кишки выполнялись резекции, обходные анастомозы, колостомии, дренирование брюшной полости. Выбор лекарственного препарата осуществлялся в соответствии с общепринятыми принципами назначения антибактериальной терапии. Использовались антибиотики широкого спектра действия с учетом чувствительности к ним микрофлоры брюшного выпота. Из антибиотиков применялись цефазолин по 3,0 г/сут – у 32, цефуроксим 3,0 г/сут. – у 33, гентамицин – у 10 мг/кг/сут – у 30 больных.

Результаты. В основной группе больных раком желудка отмечено снижение послеоперационных гнойно-септических осложнений на 20%, в основной группе больных раком толстого кишечника на 22,5%. В основной группе больных раком желудка послеоперационная летальность составила 5,8%, в контрольной группе – 20% ($p < 0,05$). В основной группе больных раком толстой кишки послеоперационная летальность составила 3,3%, в контрольной группе – 17,5% ($p < 0,05$).

Выводы. Предлагаемый метод антибактериальной терапии больных раком желудка и толстой кишки в послеоперационном периоде, осложненном перитонитом вследствие перфорации или непроходимости, способствует значительной деконтаминации перитонеальной жидкости, существенно более выраженной, чем при стандартном методе.

НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОНКОЛИТИЧЕСКИМ ВИРУСОМ БОЛЕЗНИ НЬЮКАСЛА

М.В. ПОДОЛЬСКАЯ, Т.В. ГАРМАРНИК

ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии Росмедтехнологий», г. Москва

Актуальность. За последние 20 лет достигнуты существенные успехи в изучении иммунотерапии злокачественных новообразований, в т.ч. рака молочной железы. Доказано, что рак молочной железы развивается на основе

выраженных нарушений иммунной системы, возникающих уже на стадии предраковых заболеваний. Потенциальные возможности современной иммунотерапии ограничены серьезными побочными эффектами и относи-