

структуре онкологических заболеваний. Основным методом лечения больных раком толстой и прямой кишки остается хирургический.

Хирургические вмешательства на толстой и прямой кишке относятся к одним из наиболее сложных в абдоминальной онкологии и сопровождаются высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности – 14-42,7% и 1-15,9% соответственно. В этой связи вопрос об улучшении непосредственных результатов хирургического лечения рака толстой и прямой кишки не потерял своей актуальности и в настоящее время.

За последние два десятилетия эволюция малоинвазивных технологий привела к формированию отдельного направления в хирургии рака толстой и прямой кишки. Многочисленные рандомизированные исследования доказали, что лапароскопические операции при раке толстой и прямой кишки отличаются от открытых операций значительно меньшей кровопотерей, снижением болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращением сроков пребывания больного в стационаре и сроков восстановления физической активности.

С использованием лапароскопической техники нами прооперировано 90 больных раком толстой и прямой кишки, из них 49 мужчин и 41 женщина. Средний возраст оперированных больных составил $56 \pm 12,8$ лет. По локализации опухоли в толстой кишке больные распределились следующим образом: сигмовидная кишка – 46 больных, прямая кишка – 29, правая половина ободочной кишки – 15. Гистологически у всех больных была установлена аденокарцинома различной степени дифференцировки.

Подготовка больных к операции включала бесшлаковую диету накануне операции и механическую очистку толстой кишки. В связи с ограниченностью показаний к видеоэндоскопическим вмешательствам проводился тщательный отбор больных: оценивались локализация первичной опухоли и ее местное распространение, конституциональный тип, тяжесть течения сопутствующего заболевания и пр. С учетом ограничения возможности интраоперационной ручной пальпаторной ревизии кроме стандартных методов исследования проводились уточняющие методы – компьютерная томография или магнитно-резонансная томография (оценка состояния забрюшинных лимфатических узлов, местного статуса опухоли).

При патологии сигмовидной кишки больным выполняли лапароскопическую резекцию сигмовидной кишки (n=44), обструктивную

резекцию с последующей реконструкцией (n=1). При патологии прямой кишки выполняли лапароскопическую переднюю резекцию (n=9) и брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки (n=20). При локализации опухоли в восходящем отделе ободочной кишки производили лапароскопическую правостороннюю гемиколэктомию (n=15).

Послеоперационные осложнения развились у 3 больных. Это были несостоятельность колоректального анастомоза (n=1), нагноение послеоперационной раны в области минилапаротомии (n=2). У больного с несостоятельностью колоректального анастомоза данное осложнение удалось купировать консервативными мероприятиями. Летальных исходов не отмечено.

Сроки пребывания в стационаре у больных после лапароскопических вмешательств были на 3-5 дней меньше, чем после открытых вмешательств. За время наблюдения (от 6 до 14 месяцев) не выявлено местных рецидивов опухоли и прогрессирования заболевания.

Показатель уровня качества жизни изменился от «неудовлетворительного» до операции до «удовлетворительного» в раннем послеоперационном периоде и в течение отслеженного периода времени.

Таким образом, наш опыт лапароскопических операций на толстой и прямой кишке показал, что данный вид оперативного пособия является технически выполнимым, щадящим для пациентов и обеспечивают благоприятное течение послеоперационного периода. Тщательный отбор больных позволяет снизить риск осложнений. Малоинвазивные технологии в хирургии позволяют сократить сроки пребывания больных в стационаре, что, несомненно, является благоприятным фактором в процессе их реабилитации. По нашему мнению, лапароскопические операции являются перспективным направлением хирургии, они позволяют провести хирургическое лечение с высоким медико-социальным эффектом.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ХИМИОТЕРАПИИ С ОЗОНИРОВАННЫМИ СРЕДАМИ

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

РНИОИ, г. Ростов-на-Дону

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 (Имянитов Е.Н., 2009; Стилиди И.С., и соавт., 2009). Основным методом радикального лечения больных раком желудка является хирургический (Давыдов М.И., и соавт., 2001), но даже в условиях местной распространенности опухолевого процесса радикальность оперативных вмешательств составляет примерно 30-40% (Ганцев Ш.Х., 2006).

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; Давыдов М.И., и соавт., 2006; Щепотин И.Б., и соавт., 2007; 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, влияет на реологию крови, обладает противовоспалительным, антибактериальным и дезинтоксикационным действием (Рябов С.В., бояринов Г.А., 2000). Медицинский озон можно применять в комплексе с различными лекарственными средствами, потенцируя их действия и уменьшая побочные явления. На фоне использования медицинского озона, отмечается повышение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам, усиливается действие гипотензивных, обезболивающих, седативных препаратов, что позволяет снижать их дозировку при

сохранении терапевтического эффекта, что позволяет использовать его 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 регионарную и системную, интраоперационную и послеоперационную химиотерапию с озонированными аутокровью и физиологическим раствором.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных резектабельным раком желудка путем применения химиотерапии с озонированными средами во время гастрэктомии и в послеоперационном периоде.

Материал и методы. Проанализированы данные о 60 больных раком желудка T₃N₀₋₂M₀. 22 (36,6%) больных находилось в возрасте до 50 лет; 38 (63,3%) – после 50 лет. Морфологически у 35 (58,3%) больных была установлена аденокарцинома разной степени дифференцировки, перстневидноклеточный рак – 24 (40%) больных, другие гистологические типы – 1 (1,6%) больной. Регионарные метастазы были обнаружены у 41 (68,3%) больных.

30 больным (основная группа) проведено комплексное лечение, включающее гастрэктомию, интраоперационную и послеоперационную химиотерапию с озонированными средами. 30 больным (контрольная группа) после операции гастрэктомии проведены курсы стандартной внутривенной химиотерапии. 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. На 7 сутки послеоперационного периода у больных производили забор крови в количестве 100 мл в стерильный флакон с глюгициром, барботировали аутокровь, используя концентрацию озона в озон-кислородной смеси 400 мкг/л и реинфузировали больному внутривенно капельно. В после-

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 (Т3-4N0-2M0). 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