

клеток при миелодепрессии, вызванной применением цитостатиков.

Цель статьи: показать эффективность применения дикарбамина у пациентов, перенесших предшествующие системные курсы полихимиотерапии с явлениями лейкопении 1-4 ст.

Материалы и методы.

Проанализированы результаты лечения группы пациентов, получающих специальное лечение химиопрепаратами с ожидаемой ранней и отсроченной лейкопенией. В ГБУЗ ТО “Онкологический диспансер” дикарбамин получали 35 пациенты с I-IV ст. нейтропенией с различными локализациями опухолевого заболевания. Данные пациенты проходили очередные системные курсы ПХТ с июля по август 2012 г. Пять пациентов с лимфомой Ходжкина, 4 – с неходжкинскими лимфомами, 3 – с опухолями ободочной кишки, 4 – легкого, 1 – желудка, 16 – молочной железы, 2 – меланомой кожи. На предыдущих курсах у данных пациентов возникали явления лейкопении и/или фебрильной нейтропении. Пациенты получали препарат за 5 дней до начала химиотерапевтического лечения и во время всего курса полихимиотерапии.

Результаты и обсуждение:

Несмотря на небольшое количество пациентов, препарат хорошо себя зарекомендовал. У пациентов не возникло явлений фебрильной нейтропении. Только у одной пациентки с опухолью желудка однократно возникла лейкопения I степени (лейкоциты  $3,3 \cdot 10^9/\text{л}$ ) за время прохождения последнего курса полихимиотерапии с одновременным применением дикарбамина. На фоне его применения побочных эффектов мы не наблюдали.

Выводы:

1. Дикарбамин эффективен для профилактики лейкопении у пациентов, получающих курсы системной полихимиотерапии.

2. Защита костного мозга дикарбамином значительно уменьшает вероятность миелосупрессии, что снижает затраты на лечение.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ

Е.М. Франк, Н.Н. Франк, Н.С. Райков,  
О.В. Сбродов

Тюменский ООД

За последние 20 лет результаты лечения рака прямой кишки улучшились. Тотальная мезоректумэктомия и неoadъювантная химиолучевая терапия снизили частоту местных рецидивов и улучшили общую выживаемость. В исследованиях ряда авторов сообщается о худшей выживаемости пациентов, перенесших брюшно-промежностную экстирпацию в сравнении с низкой передней резекцией. Худший прогноз низких опухолей прямой кишки, может быть связан с большей злокачественностью, наличием латерального пути лимфооттока и частым поражением тазовых лимфоузлов, отсутствием мезоректальной клетчатки и висцеральной фасции, препятствующих опухолевой инвазии в прилежащие структуры. Чтобы оценить отдаленные результаты выполнения БПЭ в Тюменском онкодиспансере, было проведено данное популяционное исследование.

Методы.

Сведения о пациентах, перенесших радикальную БПЭ в Тюменском онкодиспансере, получены из базы данных территориального канцер-регистра. Для получения более достоверных данных отобраны жители г. Тюмени, проходившие лечение в 2004-2011 гг.

Детальная информация о пациентах, заболевании, лечении, наблюдении получена из медицинской документации онкодиспансера.

Результаты исследования.

Были включены данные 27 пациентов.

Средний период наблюдения за пациентом – 2,6 лет (от 4 до 68 месяцев). Мужчины составили 60%. Средний возраст на момент операции был 63 года (от 49 до 79 лет). У 11% пациентов стадия на момент операции расценена как первая, у 75% – вторая, 14% – третья.

Неoadъювантная лучевая терапия крупными фракциями непосредственно перед операцией проведена 63% пациентов, обычными фракциями 4%. Химиолучевое лечение перед операцией получили 14% пациентов. Адъювантная химиотерапия проведена 11% пациентов.

Рецидив заболевания, местный или отдаленный, выявлен у 10 пациентов – 36% пациентов.

У 4 пациентов диагностирован местный рецидив (14%), двум из них – пациенты с I и II стадией заболевания – лучевая терапия не про-

водилась. Большинство местных рецидивов выявлены в течение первого года наблюдения. У одного из пациентов местный рецидив выявлен через 53 месяца.

У 6 пациентов выявлены отдаленные метастазы (22%). У 3 из них заболевание диагностировано во II стадии, у 3 – в III стадии. Аджьювантную химиотерапию ни один из них не получал. У большинства отдаленные метастазы диагностированы в течение 2 лет после операции. У одного пациента метастазы в легкие выявлены через 57 месяцев.

Все выявленные местные рецидивы и отдаленные метастазы оперативному лечению не подлежали.

Факторами риска возврата болезни были высокая степень инвазии, низкая дифференцировка опухоли, отсутствие лучевой терапии.

**Выводы.**

При опухолях нижеампулярного отдела прямой кишки с уровнем инвазии T2-T4 необходимо проведение лучевой терапии. Наиболее предпочтительна предоперационная лучевая терапия. Пациентам с наличием факторов риска, таких как большой уровень опухолевой инвазии, низкая дифференцировка опухоли, наличие метастазов в лимфоузлы, целесообразно проведение неoadьювантной химиолучевой терапии. Имеются основания для более широкого назначения адьювантной химиотерапии по показаниям, принятым для лечения рака ободочной кишки. На основании данного исследования очевидна необходимость наблюдения за пациентом в течение минимум 5 лет. Наиболее интенсивное диспансерное наблюдение должно проводиться в первые 2 года. Ввиду сложности выявления рецидива после экстирпации прямой кишки, проведения лучевой терапии и фатальности рецидива при позднем выявлении целесообразно использование ПЭТ/КТ в первый год наблюдения за пациентами группы высокого риска.

#### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТОВ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ЦИРКУЛЯРНОГО ШВА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПРЯМОЙ КИШКЕ ПО ПОВОДУ РАКА ПО МАТЕРИАЛАМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ТЮМЕНСКОГО ОНКОДИСПАНСЕРА**

Н.Н. Франк, А.З. Мякишев, И.Н. Попов,  
Е.М. Франк, О.Р. Хабибова, А.Н. Роговских,  
А.В. Дорогина

Тюменский ООД

Рак прямой кишки занимает по частоте 3 место среди злокачественных образований органов желудочнокишечного тракта (ЖКТ). В структуре онкологических заболеваний в целом рак прямой кишки составляет 4-5%. Причем, чем выше уровень жизни в стране, тем выше заболеваемость. За последние 20 лет отмечен рост этой нозологии в несколько раз. Не является исключением в этом плане и Тюменская область.

Эффективность лечения рака прямой кишки, как и большинства других локализаций ЖКТ, во многом зависит от стадии и в большинстве случаев является комплексным. На сегодняшний день, несомненно, хирургический компонент лечения является основным определяющим фактором продолжительности жизни этой группы больных. В тоже время, большое значение имеет качество жизни оперированных. Следовательно, увеличение группы пациентов после сфинктерсохраняющих операций, не в ущерб, разумеется, радикализму, имеет одно из приоритетных направлений в хирургии рака прямой кишки.

Последние годы появилась возможность использовать для наложения колоректального анастомоза при передней резекции прямой кишки качественные одноразовые сшивающие аппараты, степлеры.

В этой статье мы хотели поделиться своим опытом применения данных аппаратов в сравнении с ручным швом. За 2011 и неполный 2012 г. на базе хирургического отделения №1 ТООД было выполнено 87 передних резекций прямой кишки по поводу рака. Возраст оперированных больных составил от 38 до 77 лет. Мужчин было 35, женщин 52. 32 больным во время операции был использован аппаратный шов (аппарат фирмы Ethicon). В большинстве случаев механический шов не укреплялся дополнительно. 55 больным при наложении анастомоза использован ручной двурядный шов. 27 больным в процессе операции была наложена привентивная трансверзостома, в 60 случаях наложение трансверзостомы не применялось.

В послеоперационном периоде отмечалось 5 (5,7%) осложнений в виде несостоятельности швов, что подтверждалось клинически и эндоскопически. В 3х случаях несостоятельность была после наложения аппаратного шва. В двух случаях – ручного. Летальных исходов не было.