

ПРИМЕНЕНИЕ ТРЕНТАЛА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Л.Ю. ВЛАДИМИРОВА, И.Л. ПОПОВА

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

Актуальность. Прогресс в решении проблемы лечения рака молочной железы связан не только с разработкой методов профилактики и раннего выявления, но и дальнейшего усовершенствования существующих видов химиотерапии этого заболевания, усиления влияния химиопрепаратов на первичную опухоль, пораженных лимфатические узлы, элиминацию отдаленных микрометастазов.

Цель исследования – повысить эффективность химиотерапии местно-распространенного и первично-генерализованного рака молочной железы.

Материал и методы: Разработан метод аутоплазмохимиотерапии с предварительным введением трентала (АПХТ+Тр), который был применен в лечении 42 пациенток с местно-распространенным (37) и первично-генерализованным (5) раком молочной железы, в возрасте от 23 до 60 лет. Проводили 2-3 курса предоперационной ПХТ по схеме САМФ на аутоплазме, перед каждым введением химиопрепаратов вводили внутривенно капельно трентал

на 200 мл физиологического раствора. Курсовые дозы химиопрепаратов составили: метотрексата 30 мг/м², доксорубицина 80 мг/м², 5-фторурацила 2000 мг/м², циклофосфана 800 мг/м².

Результаты. С сентября 2007 г. по декабрь 2008 г. лечение проведено 42 больным. Эффект оценен у 40, двое больных были исключены из оценки в связи с аллергической реакцией на трентал. Объективный эффект в исследуемой группе отмечен в 95% случаев (38), полный регресс опухоли – в 17,5% (7). У 3 пациенток – после 1 курса. Прогрессирование заболевания в основной группе имело место в 2,5% (1), выразилось в поражении второй молочной железы. У трех больных первично-генерализованным раком молочной железы отмечался полный регресс метастазов в легкие, кости, печень уже после 3 курсов АПХТ+Тр.

Выводы. Проведение аутоплазмохимиотерапии с предварительным введением трентала будет повышать клиническую эффективность существующего метода аутоплазмохимиотерапии.

ПРОФИЛАКТИКА КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА

И.Н. ВОБЛЫЙ, В.Ф. КАСАТКИН, Н.Б. ЧИЖИКОВ

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

Актуальность. В структуре заболеваемости населения России злокачественные опухоли органов малого таза составляют в совокупности более 25%. Хирургическое лечение рака органов малого таза остается ведущим методом, определяющим ближайшие и отдаленные результаты. Хотя операционная летальность за последние

десятилетия снизилась, остается неизменной частота послеоперационных осложнений. На долю ранних послеоперационных осложнений, по данным разных авторов, приходится от 39% до 44%. Из них на долю ранней кишечной непроходимости приходится 20-27%. После хирургического удаления опухолей органов

малого таза, образуется дефект тазового дна с полостью, куда опускаются петли тонкой, реже толстой кишки, которые спайками фиксируются к стенкам раневой полости, вызывая явления кишечной непроходимости. А при адьювантной лучевой терапии перемещенные органы попадают в зону облучения.

Цель. улучшение непосредственных результатов хирургического лечения злокачественных опухолей малого таза путем интраоперационной профилактики послеоперационной спаечной кишечной непроходимости и грыж диафрагмы малого таза.

Материал и методы. Для профилактики грыж диафрагмы малого таза и спаечного процесса в полости малого таза в торакоабдоминальном отделении РНИИ онкологии в течение 5 лет разрабатываются различные способы пластики тазового дна. Двадцати больным после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки по поводу рака выполнена пластика тазового дна, из них двое оперированы повторно по поводу грыжи диафрагмы тазового дна, тонкокишечной непроходимости, вызванной спаечным процессом в полости малого таза. Большинство пациентов были в возрастной группе от 34 до 80 лет. Средний возраст больных составлял 64 года. У 5 (25%) больных имелась высокодифференцированная аденокарцинома, умереннодифференцированная аденокарцинома – у 10 (50%), низкодифференцированная аденокарцинома – у 2 (10%), умереннодифференцированная слизеобразующая аденокарцинома – у 3 (15%).

Результаты. У всех пациентов, которым выполнялась пластика тазового дна, после операций на органах малого таза послеоперационных осложнений, связанных с развитием спаечного процесса в малом тазу, не наблюдалась. Для профилактики послеоперационных осложнений в 12 случаях в образовавшуюся раневую полость малого таза укладывают мобилизованный

большой сальник, заполняя ее объем. В случае если большой сальник резецирован или удален ранее, или анатомические размеры не позволяют использовать его, для пластики используется большую поясничную мышцу на сосудистой ножке в 7 случаях. Для этого открывали забрюшинное пространство, мобилизовали правую большую поясничную мышцу, отсекали от проксимальной точки фиксации (двенадцатого ребра), на сосудистой ножке перемещали в образовавшуюся раневую полость малого таза, фиксировали отдельными узловыми швами с культиями резецированных мышц тазового дна. Если перечисленные выше методики невозможны, то проводили пластику тазового дна полипропиленовой сеткой, которую применяли в 1 случае. Для этого, после удаления препарата, образовавшуюся раневую полость таза дренируют. Выкраивают сетку в соответствии с размерами образовавшейся раневой полости малого таза, укладывают и сшивают с мягкими тканями у входа в малый таз, ограничивая брюшную полость и образовавшуюся раневую полость. Мобилизуют брюшину, ушивают ее края, полностью закрывая поверхность сетки. Если брюшины недостаточно, тогда мобилизуется большой сальник и перемещается на сосудистой ножке по левому боковому каналу в малый таз. Сальник расправляют, укрывая всю поверхность сетки, фиксируя к ней отдельными узловыми швами.

Выводы. Таким образом, предлагаемые способы пластики тазового дна позволяют предотвратить возникновение грыж диафрагмы малого таза и спаечной кишечной непроходимости в раннем и позднем послеоперационном периоде, позволяют удерживать в естественном анатомическом положении кишечник; тампонировать раневую поверхность, профилактировать осложнения послеоперационной лучевой терапии и повысить качество жизни пациентов.