

кпереди и кнутри. При этом доступе повреждается только один более или менее значительный сосуд – верхняя наружная артерия коленного сустава.

Из анализа объективных критериев оперативных наружных доступов к проксимальному, среднему и дистальному отделам бедренной кости следует, что они являются наиболее безопасными и удобными, а их выполнение и соединение друг с другом параоссальными тоннелями не грозит повреждением крупных сосудистых и нервных пучков. Биомеханические свойства бедренной кости таковы, что оптимальным для равномерного распределения компрессии и дистракции является остеосинтез перелома пластиной на наружной поверхности. При этом пластина должна крепиться к верхней половине первого, второму, нижней половине третьего и четвертому сегментам диафиза бедренной кости.

Применение описанных минидоступов позволит уменьшить травматичность оперативного вмешательства, свести к минимуму интра- и послеоперационную кровопотерю, потребность в гемотрансфузии, снизить вероятность возникновения анемии и связанных с ней осложнений, а также осуществлять более раннюю функциональную активизацию больных.

Литература

1. Анкин Л.Н. // Margo anterior. 1998. № 6. С. 1–3.
2. Neubauer Th. // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2003. № 3. С. 27–35.

Ставропольская государственная медицинская академия

4 марта 2005 г.

УДК 616.24-006.6-089:615.28+615.366.15

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ АУТОГЕМОХИМИОТЕРАПИИ

© 2005 г. С.А. Зинькович

In clause the results of use in clinic new in onkologi of a direction – intraoperative auto-hemochimiotherapi are reflected. The opportunity with the help of an offered method is shown to increase 2-year's servivale of the patients by a crawfish easy in comparison with results only of surgical treatment. The offered way is especially effective at absence metastasis in lymfatik units and at small cell cancer.

Высокий уровень заболеваемости и смертности от рака легкого обуславливают особую актуальность любого вопроса, касающегося лечения данной патологии.

На фоне поиска методов профилактики гематогенного метастазирования очень своевременной и привлекательной оказалась идея академика

РАМН Ю.С. Сидоренко об интраоперационной химиотерапии, под «прикрытием» которой можно проводить хирургическое лечение больным раком легкого.

В клиническое исследование по изучению интраоперационной аутогемохимиотерапии были включены две группы больных раком легкого общей численностью 368 человек. Во время операции химиотерапия была проведена 110 пациентам, а остальные составили контрольную группу. Проведенный анализ подтвердил отсутствие достоверно значимых различий в обеих группах по возрасту, клинико-анатомической форме, стадии и гистологической структуре рака.

В качестве противоопухолевых средств были избраны циклофосфан и 5-фторурацил в разовых дозах по 1000 мг. Методика интраоперационной аутогемохимиотерапии осуществлялась следующим образом. Непосредственно перед операцией у больного забирали кровь во флакон с «глюгидрином», вводили в него названные цитостатики и инкубировали в термостате при 37 °С в течение 30–40 мин. За это время больного вводили в наркоз, интубировали и начинали операцию. При вскрытии плевральной полости, еще до того как производилась мобилизация легкого, ревизия или другие манипуляции, начинали реинфузию аутокрови с цитостатиками и продолжали ее в течение выполнения основных этапов операции. Сама операция выполнялась также, как и в контрольной группе больных, что дало основание считать выявленные при сравнительном анализе различия обусловленными проведением аутогемохимиотерапии.

На предложенный «Способ лечения рака легкого» по заявке № 2003111573/14(012106) получен Патент Российской Федерации.

Проведенное нами экспериментальное исследование подтвердило высокую эффективность аутогемохимиотерапии в профилактике развития переживных опухолей, что в клинических условиях считали аналогом гематогенного метастазирования. Однако визуализация положительного эффекта от проводимого лечения в клинике не столь очевидна, и основным критерием его оценки служит продолжительность жизни больных. Несмотря на то, что сроки наблюдения за больными в основной группе не превышали 26 месяцев, мы посчитали возможным оценить в сравнительном аспекте выживаемость пациентов за первые два года наблюдения. При этом мы основывались на том факте, что именно в эти сроки наблюдается наибольшая гибель больных от генерализации процесса вследствие скрытого метастазирования.

В анализ были включены 108 ($98,18 \pm 1,27$ %) больных основной и 251 ($97,29 \pm 1,01$ %) контрольной группы. Во всех случаях летальность считали связанной с генерализацией рака, даже если она наблюдалась в ближайшие месяцы после операции.

Анализ выживаемости проводили по методу Каплана – Мейера с помощью построения кривых кумулятивной доли выживших. Достоверность различий определяли с помощью Long-rank-test.

Оценивая общую выживаемость в обеих группах, мы установили, что среди пациентов, получавших интраоперационную аутогеомохимиотерапию, одногодичный показатель составил $81,09 \pm 3,77$, в то время как в контрольной группе $78,46 \pm 2,59$ ($p > 0,1$). Однако уже ко второму году наблюдения была отмечена достоверно более высокая выживаемость больных основной группы. В ней 2-летний срок прожили $75,75 \pm 4,12$ % пациентов, а среди тех, кому во время операции химиотерапия не проводилась – $60,71 \pm 3,08$ % ($p = 0,012$). Поскольку обе группы не отличались по основным прогностическим признакам, мы считаем, что повышение выживаемости на втором году наблюдения связано с интраоперационным воздействием, которое привело к уменьшению или торможению гематогенного метастазирования (рис. 1).

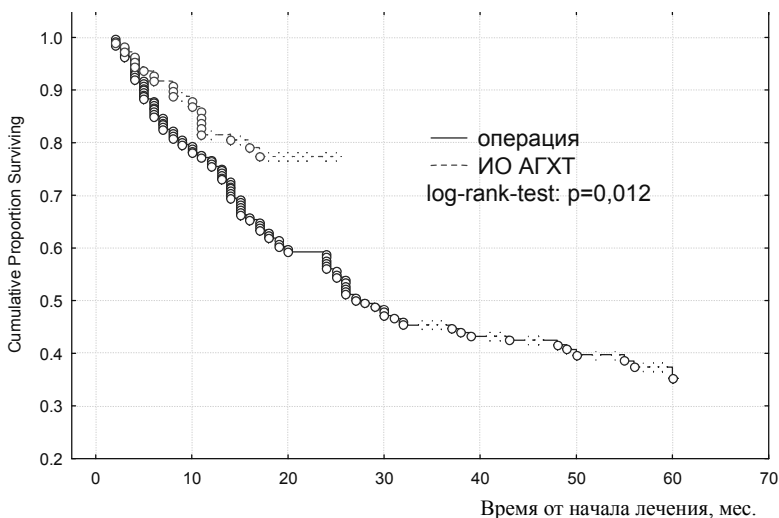


Рис. 1. Сравнение функций общей выживаемости основной и контрольной групп.
 Кумулятивная доля выживших (Kaplan – Meier): о – complete; ∴ – censored

При оценке выживаемости больных, имеющих I стадию рака, мы получили аналогичное построение кривых выживаемости. Проведенный анализ выявил тенденцию к повышению выживаемости в основной группе уже к первому году наблюдения. Соответствующие показатели для обеих групп составили $91,38 \pm 3,59$ и $87,85 \pm 2,74$ % ($p > 0,05$). Двухлетняя выживаемость, подвергнутых ИОАГХТ больных, находилась на уровне одногодичной для контрольной группы – $86,16 \pm 4,42$ % и достоверно превышала 2-годичную, которая оказалась равна $76,43 \pm 3,56$ % ($p < 0,05$). Таким образом, проведенная во время операции химиотерапия позволила практически на год продлить продолжительность жизни больных I стадии. Уже это одно может служить оправданием целесообразности применения разрабатываемого нами метода. Однако анализ кривых выживаемо-

сти за все время наблюдения с помощью Long-rank-test выявил только тенденцию к увеличению выживаемости ($p = 0,078$).

Проведение интраоперационной аутогемохимиотерапии при II и III стадиях рака легкого выявило выраженную тенденцию к повышению 2-летней выживаемости, но достоверно значимых различий не получено. Тем не менее заслуживает внимания факт сокращения летальности именно на втором году наблюдения.

Наиболее интересные данные получены при сравнительном анализе выживаемости больных основной и контрольной групп, не имеющих метастазов рака в регионарные лимфатические узлы (рис. 2).

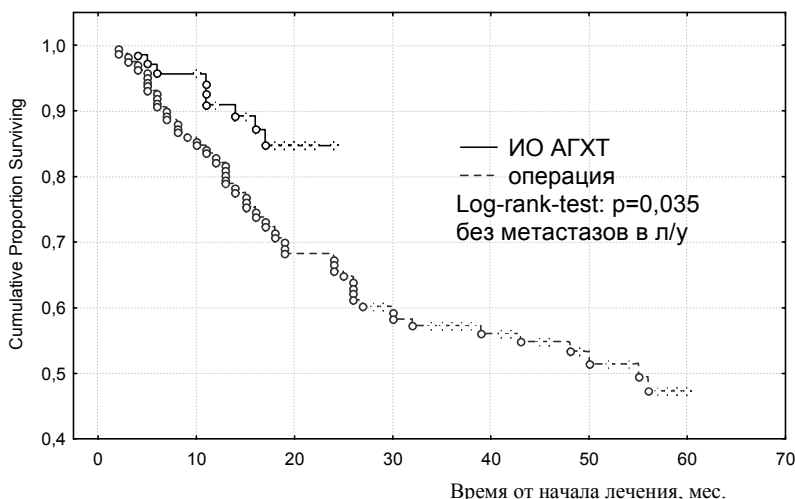


Рис. 2. Сравнение функций общей выживаемости основной и контрольной групп больных без метастазов в лимфоузлы (N0). Кумулятивная доля выживших (Kaplan – Meier), больные без метастазов в лимфоузлы, $n = 232$: о – complete; :: – censored

Уже к первому году наблюдения выявлена отчетливо выраженная тенденция к увеличению продолжительности жизни больных, получивших во время операции АГХТ. Соответствующие показатели составили $91,8 \pm 3,43$ и $86,24 \pm 2,8$ % ($p > 0,05$). Ко второму году эта разница становится достоверно значимой: $85,97 \pm 4,34$ и $60,36 \pm 3,98$ % ($p = 0,035$).

Следовательно, при отсутствии столь важного фактора прогноза как наличие регионарных метастазов, интраоперационная химиотерапия способствует повышению выживаемости больных раком легкого.

При сравнении продолжительности жизни в обеих группах у больных с метастазами в лимфатические узлы N1 и N2 выявлена тенденция к увеличению 2-летней выживаемости: $59,95 \pm 7,39$ и $48,25 \pm 5,0$ % ($p > 0,05$). Мы считаем, что именно тяжесть прогноза не позволила отчетливо реализоваться эффекту ИОАГХТ в наблюдаемые сроки.

Анализ выживаемости больных различными гистологическими вариантами рака легкого выявил достоверное ($p = 0,038$) повышение 2-годичной выживаемости только при мелкоклеточном его гистотипе. Соответствующие показатели в обеих группах составили $76,47 \pm 14,14$ и $18,18 \pm 11,63$ %. Не исключено, что особо агрессивное течение этой формы рака связано с интраоперационным метастазированием и именно воздействием на этот механизм можно объяснить выраженный эффект ИОАГХТ (рис. 3).

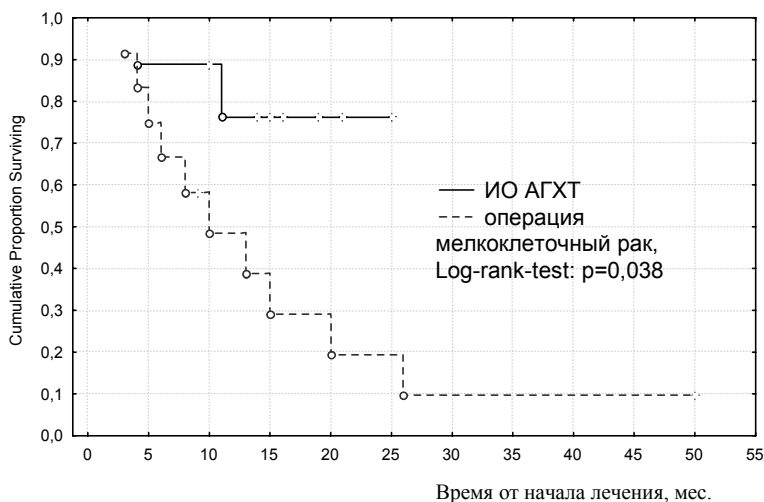


Рис. 3. Сравнение функций общей выживаемости основной и контрольной групп больных с мелкоклеточным гистотипом опухоли. Кумулятивная доля выживших (Kaplan – Meier), больные с мелкоклеточным гистотипом опухоли, $n = 21$: $\circ$ – complete; $::$ – censored

При железистом и плоскоклеточном раке отмечена тенденция к повышению выживаемости больных, подвергнутых интраоперационной химиотерапии. Наиболее логичным представляется объяснение этого факта с точки зрения меньшей чувствительности немелкоклеточного рака к цитостатическому воздействию, но, возможно, что имеются и другие причины, пока нами не выявленные.

Таким образом, проведенное нами клиническое исследование продемонстрировало возможность повышения общей 2-летней выживаемости больных раком легкого при проведении интраоперационной аутогеомохиомиотерапии. При этом наиболее выраженный эффект отмечается при мелкоклеточном раке легкого и при отсутствии метастатического поражения лимфатических узлов метастазами рака.