

ПКР за этот период. Выделена группа больных ($n=12$), которым выполнялась так называемая энуклеорезекция, т.е. вылушивание опухолевого узла в капсуле без удаления части непоражённой паренхимы почки (в отличие от резекции, где мы обычно отступаем на 5-10 мм). У 4 больных наблюдалось опухолевое (метастатическое) поражение единственной почки, причем у 2 из них – многоузловое. Данной группе больных была успешно выполнена энуклеорезекция опухолевых узлов, ближайших осложнений не было, у одного больного потребовалось стентирование почки ввиду формирования мочевого свища (в последующем закрылся). У остальных 8 пациентов опухоль была случайно обнаружена при профилактическом УЗИ органов брюшной полости. Всем пациентам проведена компьютерная томография с внутривенным болюсным усилением, которая выявила наличие полностью интрапаренхиматозного расположения опухолевого узла. Размеры колебались от 2,0 до 4,5 см. Во время лапаротомии и ревизии почки всем больным выполнялось интраоперационное УЗИ для выявления зоны нефротомии. Затем на выключенном путём пережатия кровотока выполнялась нефротомия и вылушивание опухолевого узла в капсуле с последующим ушиванием почки. У 2 больных потребовалось интраоперационное стентирование почки ввиду вскрытия ЧЛС.

Результаты: у всех больных не зарегистрировано интра- и послеоперационных осложнений. Все больные живы в сроки от 3 до 20 мес. При контрольных экскреторных урограммах функция почек удовлетворительная, при контрольных КТ с внутривенным болюсным усилением данных за мочевые затёки, воспалительные изменения или рецидив не выявлено.

Выводы. Несмотря на небольшое количество наблюдений, с учётом хороших хирургических и онкологических результатов считаем данный вид операций оправданным при определённых показаниях.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ СПЛЕНЭКТОМИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

С.А. Малинин, А.А. Маслов, Н.Д. Ушакова

Ростовский НИОНИ

В последние годы острый послеоперационный панкреатит (ОПП) стал встречаться чаще, что, по всей видимости, обусловлено увеличением количества больших по объёму операций на

органах брюшной полости, а так же собственно ростом оперативной активности. Число больных с послеоперационным панкреатитом колеблется от 0,5 до 61%. Несомненно, большая разница частоты встречаемости зависит от различий в подходе и диагностике заболевания. Профилактика и консервативное лечение являются основой тактики при остром панкреатите, за исключением деструктивных форм с гнойным воспалением. В связи с этим, актуально изыскание новых методов воздействия на патогенетические механизмы указанного заболевания.

Цель исследования: оценка результатов профилактики и лечения острого послеоперационного панкреатита у онкологических больных. Учитывая целенаправленную специфичность лейкоцитов мигрировать в очаги воспаления, особый интерес представила разработка «адресной доставки» препарата в зону развития воспалительного процесса (хвост поджелудочной железы после спленэктомии) на клетках аутокрови. Целесообразным решением стала идея введения ингибиторов протеаз на аутоплазме, обогащенной лейкоцитами.

Материал и методы.

За 3 года в отделении ургентной онкологии РНИОИ выполнено 40 оперативных вмешательств, сопровождавшихся спленэктомией. Среди пациентов отмечено преобладание лиц женского пола – 23 и соответственно 17 мужчин. Оперативное лечение выполнялось больным, поступившим в отделение с первично установленным онкологическим диагнозом. В ходе дообследования перед операцией, больные с заболеванием крови, были консультированы гематологом. В некоторых случаях убедительных данных за онкологический процесс выявлено не было. Показания для операции были следующие: первичные и метастатические опухоли селезенки, неэффективность консервативной терапии иммунных осложнений (анемии и тромбоцитопении) гемобластозов, гемангиомы, кисты селезёнки, необходимость морфологической верификации основного диагноза, диагностики, а так же спленэктомия, как компонент расширенной гастрэктомии при раке. В количественном отношении по нозологиям это составило: при неходжкинской лимфоме – 15; при раке желудка – 17; остальные 8 – при гемангиомах, кистах, миелопролиферативных заболеваниях и т.д. К особенностям хода выполнения оперативных вмешательств относили выполнение широкой срединной лапаротомии, при необходимости дополняемой поперечным доступом по Юингу. В ходе выполнения спленэктомии тщательное внимание уделялось технике оперативного пособия, особенно при лимфопролиферативных заболеваниях, когда размеры селезенки дос-

тигали в среднем 20х16х9 см. Брюшной покров ножки селезенки рассекался поперечно ходу сосудов для более четкой визуализации и отдельной обработке последних. Тщательная мобилизация и прецизионная техника позволяли минимизировать неизбежную травматизацию поджелудочной железы.

Все больные были разделены на две группы: основную (1-я) и контрольную (2-я). В основной группе – 20 человек, в контрольной - 20. В первой группе, в качестве профилактики ОПП выполнялась экстракорпоральная фармакотерапия гордоксом на аутоплазме, обогащенной лейкоцитами. При этом, за сутки до оперативного вмешательства, проводили процедуру плазмафереза с использованием плазмасепаратора крови «Hemonetics» (США), во время которой в стерильную емкость отбирали 150 мл плазмы, обогащенной лейкоцитами, инкубировали с гордоксом в дозе 200 тыс. ЕД, и 2 мл 1% раствора АТФ при температуре 24-25⁰С в течение 45 минут. После завершения спленэктомии полученный субстрат реинфузировали интраоперационно, внутривенно, капельно. Данную процедуру проводили также и на 1-е сутки послеоперационного периода. При увеличении показателей ферментативной активности повторные процедуры осуществляли на 3-и и 7-е сутки.

Во второй группе после выполнения основного этапа операции больным вводили гордокс по стандартной методике в дозе 200 тыс. ЕД внутривенно, капельно.

В качестве доказательной базы развития ОПП больные обеих групп были обследованы. Сроки наблюдения составили с первых по восьмые сутки. Особое внимание уделялось клиническим проявлениям заболевания. Они отличались разнообразием, пестротой, неспецифичностью, трактовка их оказалась сложной и неоднозначной. Имеет значение, что клиническое наблюдение проводилось на фоне исходно тяжелого состояния больных вследствие основного заболевания и перенесенного вмешательства. Наиболее частым симптомом ОПП является боль в животе, отмечаемая в верхней половине без четкой локализации, иррадиирующая в спину. Как правило, при длительной послеоперационной анальгезии, боль носит невыраженный, неинтенсивный характер. Другими частыми клиническими признаками являются тошнота, парез, температурная реакция, тахикардия.

Изучали уровень лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по Кальф-Калифу в модификации А.Л. Костюченко и соавт. (2000), ферментативной активности α -амилаза в крови, моче и перитонеальном экссудате по Вольгемуту.

Результаты и выводы.

Анализ полученных результатов выявил, что у больных основной группы клинических проявлений острого послеоперационного панкреатита не было зарегистрировано ни в одном случае. В контрольной же группе осложнение диагностировано у 6 больных. Клиническая картина панкреатита проявлялась в виде появления болей в эпигастриальной области опоясывающего характера, субъективно не связанных с состоянием послеоперационной раны, явлениями пареза или диспептическими симптомами. Во время каждого оперативного вмешательства в ложе удаленной селезенки всегда дренировалось полихлорвиниловой трубкой. Отделяемое в первые двое суток после операции носило серозно-геморрагический характер и объем равный 150-200 мл. В последующем, в основной группе больных, отделяемое представляло «следовой» характер. На 4-е сутки подтягивалась дренажная трубка и на 5-е сутки удалялась. В контрольной группе у больных с ОПП, выделение сецерната сохранялось до 7-9 суток в объеме 250-350 мл, серозного, серозно-геморрагического характера и с содержанием амилазы до 200-250 мг* с/л. У пациентов основной группы показатели амилазы дренирующей жидкости были в норме. Исследование уровня амилазы крови у больных основной группы в послеоперационном периоде не выявило изменений, отличных от нормы. В контрольной группе у 6 больных с диагностированным ОПП, отмечалось повышение показателей до 80-100 Ед/л на 3-е сутки, после чего регистрировали ожидаемое медикаментозное снижение уровня амилаземии. При анализе динамики лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) обнаружено, что в основной группе больных он колебался от 0,5 до 1,3; в контрольной у 30% от 4 до 8,1, что характеризовалось как развитие эндогенной интоксикации у больных с клиническими признаками ОПП. Нами сравнивалась средняя продолжительность стационарного лечения у больных основной и контрольной групп. Исследование показало, что средний койко-день пациента первой группы равнялся 12, в то же время во второй группе стационарное лечение продолжалось в среднем 17 дней.

В итоге:

1. Применение направленного транспорта антипротеаз, в частности гордокса, инкубированного на аутоплазме, обогащенной лейкоцитами, позволяет предупредить развитие острого послеоперационного панкреатита и сократить сроки лечения на 15-20% ($p < 0,05$).

2. Развитие острого послеоперационного панкреатита у больных в основной группе нами не наблюдалось, в то время как указанное ослож-

нение произошло у 6 больных (30%) в контрольной группе ($p < 0,05$).

3. Больным контрольной группы с развившимся ОПП проведение следующего этапа лечения (химиотерапия, лучевая терапия) было отсрочено до полного купирования осложнения, в то время как пациенты основной группы продолжили комплексное лечение по истечении послеоперационного периода.

РАСШИРЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО III СТ.

*Е.О. Манцырев, А.В. Важенин, А.А. Лукин,
А.С. Пащенко, М.Н. Миронченко*

Челябинский ОКОД
Уральская КБ ФГУ «РЦРР»
МЗ и социального развития РФ, г. Челябинск

На сегодняшний день доказаны принципиальная возможность и переносимость различных вариантов комбинированного лечения, но объективная оценка их эффективности на достаточно репрезентативном клиническом материале не проведена из-за различий в применяемых методиках.

Цель исследования: оценить эффективность проведения комбинированного лечения с применением расширенных операций больным немелкоклеточным раком легкого.

Материалы и методы.

В Челябинском областном клиническом онкологическом диспансере проводится ретроспективное исследование больных раком легкого после радикального хирургического и комбинированного лечения с 1995 по 2004 г.г. включительно. В исследование включено 456 пациентов с раком легкого I-III стадии. Больные были разделены на 4 группы с учетом проведенного лечения: 1.гр. проведено только хирургическое лечение без расширенных операций (ХЛ); 2.гр. проводилось только расширенное хирургическое лечение (Р); 3.гр. группе больные получали комбинированное лечение, первым этапом выполнялись стандартные операции, вторым – послеоперационная лучевая терапия (КЛ); 4.гр. первым этапом лечения выполнялись расширенные операции (РКЛ), вторым также в послеоперационном периоде проводили лучевое лечение. В группах с комбинированным лечением больным вторым этапом лечения проводилась послеоперационная дистанционная гамма-терапия на пути лимфооттока до СОД=40-44 изогр. Средний возраст паци-

ентов составил 60 лет. В исследуемых группах преобладали мужчины (84%). Опухоли преимущественно локализовались в правом легком (53%) и в верхних долях (59%). По гистологическому строению преобладал плоскоклеточный рак – 62%, аденокарцинома встречалась в 22% среди всех исследуемых, бронхиолоальвеолярный рак и другие морфологические формы в 9% и 7% соответственно. В группе с хирургическим лечением преобладали пациенты Ia и I в стадии – 24% и 65% соответственно, с расширенным хирургическим лечением – I в (62%), в группах с комбинированным лечением было больше больных с метастазами в лимфатические узлы корня легкого и средостения 70% (КЛ) и 89% (РКЛ). Во всех исследуемых группах чаще выполняли лобэктомию и пневмонэктомию.

Результаты.

Нами оценены результаты безрецидивной выживаемости при 3 стадии в группах с комбинированным лечением и комбинированным лечением с расширенным компонентом. Анализ полученных данных показал, что при сочетании расширенных операций и послеоперационной лучевой терапии произошло увеличение безрецидивной выживаемости на 10 месяцев, о чем говорит отчетливая тенденция, подтвержденная при использовании непараметрического критерия Манна – Уитни (вероятность ошибки 1го рода (P) составила 0,06). Анализ общей выживаемости также указывает на отчетливое увеличение при сочетании расширенных операций и послеоперационной лучевой терапии.

Заключение.

Сочетание расширенных операций и послеоперационной лучевой терапии при лечении пациентов с немелкоклеточным раком легкого III стадии позволяет добиться увеличения безрецидивной и общей выживаемости, по сравнению с комбинированным лечением без применения системной ипсилатеральной лимфаденэктомии. Очевидным является факт наличия тенденции к увеличению качества и продолжительности жизни.

НАШ ОПЫТ ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА КОЖИ

И.Н. Мухитдинова

Южно-Казахстанский ООД, г. Шымкент, Казахстан
