

113. Reddy, S.K. Cancer pain: Assessment and management / S.K. Reddy, B.F. Shanti // Prim. Care and Cancer. – 2000. – Vol. 20, № 7. – P. 44-52.
114. Sauer, R. Wie hat sich die verbesserte diagnostik des rezidivs auf dessen therapie ausgewirkt? / R. Sauer // Nova acta leopoldina. – 2004. – Vol. 89, № 337. – C. 161-174.
115. Savarino, V. Effect of Helicobacter pylori eradication on 24-hour gastric pH and duodenal gastric metaplasia / V. Savarino, G. Mela, P. Zentilin et al. // Dig. Disease end Sci. – 2000. – Vol. 5, № 7. – P. 1315-1321.
116. Schraub S. / Epidemiologie des cancer dans le monde / S. Schraub // Concours med. – 1999. – Vol. 121, № 24. – C. 1930-1932.
117. Seppa, N. Antibiotics, vitamins stall stomach cancer / N. Seppa // Sci. News. – 2000. – Vol. 158, № 25. – C. 389.
118. Sipponen, P. Serum levels of amidated gastrin-17 and pepsinogen I in atrophic gastritis: An observational case-control study / P. Sipponen, P. Ranta, T. Helske, I. Kaarlaintn // Gastroenterol. – 2002. – Vol. 37, № 7. – P. 785-791.
119. Strumpf, M. Krebsschmerz / M. Strumpf // Arzneimitteltherapie. – 2001. – Vol. 19, № 4. – S. 123-132.
120. Tae, H.H. Pain and its major influencing factors in the management of terminal cancer patients / H.H. Tae // Eur. J. anaesthesiol. – 2000. – Suppl. 19. – P. 182.
121. Terao, S. Endoscopic regression of gastric atrophy after Helicobacter pylori eradication / S. Terao, K. Kinoshita // Gut. – 2004. – Vol. 53, № 6. – P. WED-G-317/1.
122. Vakevainen, S. Ethanol-derived microbial production of carcinogenic acetaldehyde in achlorhydric atrophic gastritis / S. Vakevainen, S. Mentula, H. Nuutinen et al. // Scand. J. Gastroenterol. – 2002. – Vol. 37, № 6. – P. 648-655.
123. Walt, B. Can eradicating H. pylori gastric cancer? / B. Walt, G. Kerr // Lancet. – 1998. – Vol. 351, № 9106. – P. 887.
124. Wang, Ch.D. Воздействие инфекции Helicobacter pylori на антральные G- и D-клетки у больных с активной формой язвы ДПК / Ch.D. Wang, Huang H., Chen Y. // World Chin. J. Dig. – 2000. – № 8. – P. 847-850.
125. Yu, X.F. Эффект омепразола на выработку желудочной кислоты при различном дозировании и способах лекарственного приема / Zhongguo yu lincuang zazhi / X.F. Yu, Yao J.F., Gu T.J. et al. // Chin. J. New. Drugs and clin. – 2001. – Vol. 20, № 4. – P. 302-305.
126. Zhang, S. Xinxiang yixueyuan xuebao / S. Zhang // J. Xinxian med. Coll. – 2005. – Vol. 22, № 5. – P. 489-490.

ТРАХЕОБРОНХОПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЛЕГКОГО

В.Ю. Зуев, Н.П. Кондратьев, А.В. Самойлов, А.В. Лысцов, Т.А. Обухова

Тюменский ООД

В хирургии злокачественных опухолей лёгкого всё чаще применяют резекции и пластику трахеи и бронхов в сочетании с удалением всего органа или его части. Эта методика имеет целый ряд преимуществ. Резекция бифуркации трахеи делает операбельными те случаи рака лёгкого, которые при стандартной пневмонэктомии радикально оперировать невозможно. Лобэктомия с резекцией и пластикой магистральных бронхов снижает инвалидизацию пациентов, делает операбельными больных, которые ранее считались неоперабельными по функциональным показате-

лям. Первую пневмонэктомию с резекцией бифуркации трахеи выполнил в 1951 году J. Mathey. Первую лобэктомию с резекцией и пластикой бронхов выполнил Price-Thomas в 1952 г. В 1978 году Б.В. Петровский и соавт. обобщили опыт 546 лобэктомий с резекцией и пластикой бронхов. В настоящее время мировой опыт насчитывает десятки тысяч таких операций. В Тюменском онкологическом диспансере начало систематического применения бронхопластических операций относится к 2003 году (табл. 1).

Таблица 1
Количество бронхопластических операций

Вид операции \ год	Клиновидная резекция гл. бронха	Циркулярная резекция гл. бронха	Резекция бифуркации трахеи	Всего операций
2003	3	-	2	5
2004	5	4	3	12
2005	6	2	3	11
2006	7	2	4	13
2007	7	3	4	14
2008	5	2	3	10
2009	5	2	4	11
Итого	38	15	23	76

2003 год стал годом освоения методики. Было выполнено только 5 операций. В последующие годы количество трахеобронхопластических оперативных вмешательств увеличилось, они выполнялись при процессах разной распространенности (табл. 2).

Таблица 2
Распределение по стадиям заболевания

Стадия \ Вид операции	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb
Клин.резекция гл. бронха, n=38	13	7	17	1	-
Цирк.резекция гл. бронха, n=15	4	2	6	3	-
Резекция биф.трахеи, n=23	-	2	8	10	3
Всего, n=76	17	11	31	14	3

При T₁ бронхопластика редко бывает оправданной. При IIIb стадии рака лёгкого только в отдельных случаях есть возможность выполнить радикальную операцию. Большинство пациентов имели IIb стадию рака лёгкого (T₂N₁M₀, T₃N₀M₀).

Подавляющее число оперированных опухолей имели структуру плоскоклеточного рака лёгкого, так как аденокарцинома при центральных

процессах встречается реже. Кроме того, учитывая особенности распространения атипичных клеток в стенке бронха при низкодифференцированных процессах и аденокарциноме, эти гистологические варианты рака лёгкого считаем проблематичными для пластики бронхов и трахеи (табл. 3).

Таблиц 3

Гистологическая характеристика опухолей

Гистология Вид операции	Дифференц. пл./клеточный рак	Низкодифф. пл./клеточный рак	Дифференц. аденокарцинома	Низкодифф. аденокарцинома
Клин.резекция гл.бронха, n=38	29	5	3	1
Цирк.резекция гл.бронха, n=15	7	4	2	2
Резекция бифурк. трахеи, n=23	14	6	2	1
Всего, n=76	50	15	7	4

Нами проведён сравнительный анализ непосредственных результатов хирургического лечения в случаях выполнения стандартных лобэктомий и лобэктомий с резекцией главного бронхов (табл. 4).

Ввиду небольшого количества наблюдений статистической достоверности в представленном материале нет, но полученные результаты, на наш взгляд, позволяют говорить о том, что лобэктомии с бронхопластическим этапом не сопровождаются большим числом осложнений. Более сложными являются больные, которым выполнена циркулярная резекция главного бронха. У одного из них возникла деструктивная пневмония оперированного лёгкого и вторичная несостоятельность бронхиального анастомоза, этот больной умер.

Таблиц 4

Послеоперационные осложнения и летальность после лобэктомий

Осложнения Вид операции	Несостоятельность бронхиального шва	Послеоперацион- ная пневмония	Эмпиема плевры	Летальность
Стандартная лоб- эктомия, n=297	2 (0,7%)	9 (3,1%)	3 (1,0%)	4 (1,3%)
Клин.резекция гл.бронха, n=38	2 (5,3%)	3 (7,8%)	2 (5,3%)	-
Циркул.резекция гл.бронха, n=15	3 (20%)	4 (26,6%)	4 (20%)	1 (6,6%)

Анализ послеоперационных осложнений и летальности проведён у пациентов, которым вы-

полнены пневмонэктомии в различных вариантах: с резекцией бифуркации трахеи и без неё (табл. 5).

Таблиц 5

Послеоперационные осложнения и летальность после пневмонэктомий

Осложнения Вид операции	Несостоять- ель бронхиально- го шва	пневмония	эмпиема	летальность
Стандартная пн/эктомия, n=307	11 (3,5%)	9 (2,9%)	17 (5,5%)	12 (3,8%)
Пн/эктомия с резек- цией бифурк. тра- хеи, n=23	--	4 (17,4%)	1 (4,3%)	1 (6,2%)

Комбинированная пневмонэктомия с резекцией бифуркации трахеи в нашей клинике не даёт значительной летальности и большого количества осложнений. Мы попытались проанализировать отдалённые результаты наших операций. Полученные результаты достаточно оптимистичны (табл. 6). Но у части больных срок наблюдения небольшой.

Пятилетнюю выживаемость проследили у пациентов, оперированных в 2003-2004 годах. Из 17 человек в настоящее время живы 7. Судьбу одного пациента нам проследить не удалось. 9 больных умерли, из них 7 – от прогрессирования заболевания: 3 – после циркулярных резекций главного бронха, 3 – после резекции бифуркации трахеи, 1 – после клиновидной резекции главного бронха.

Таблиц 6

Отдалённые результаты

Исходы Операции	Прогресси- рование	Умер от прогресс.	Умер от др. причин	Без про- гресси- рования	Неизвестно
Резекция бифуркации трахеи, n=23	4	7	2	8	2
Клиновидная резекция гл.бронха, n=38	4	9	3	21	1
Циркулярная резекция гл.бронха, n=15	1	5	2	6	1
Всего, n=76	9	21	7	35	4

Выводы:

1. Объём операции зависит от стадии заболевания, которая определяет прогноз.
2. Выполнение трахеобронхопластических операций при раке лёгкого, абсолютно, оправда-

но. Эти операции не приводят к ухудшению результатов хирургического лечения. Их количество нужно увеличивать.

3. Отдалённые результаты нуждаются в дальнейшем анализе.

РАДИОХИРУРГИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОНЬЮНКТИВЫ И КОЖИ ВЕК

С.Ю. Кадочникова

Тюменский ООД

В настоящее время одним из приоритетных направлений развития отечественного здравоохранения стало реформирование действующих систем амбулаторно-поликлинической службы, с целью повышения качества медицинского обслуживания и снижение себестоимости оказания медицинских услуг. Одно из таких направлений радиохirurgия- современный метод электрохирургии, который представляет собой эффективный метод лечения многих образований конъюнктивы и кожи век- как доброкачественных, так и злокачественных.

Применение радиохirurgии дает возможность существенно разгрузить стационары за счет выполнения ряда распространенных операций и взятия биопсии в амбулаторных условиях в некоторых случаях более высокой абластичности. Органо-сохранное и функционально щадящее лечение является приоритетным направлением клинической онкологии. Радиохirurgия способна не только качественно улучшить хирургическую помощь населению, но и дать требуемый экономический эффект. С его помощью можно радикально убрать образование, при этом с превосходным косметическим результатом.

Так если взять на примере лечения Базально-клеточного рака кожи век или слизистой век при расположении опухоли вблизи от слезной точки, то при лечении методом рентгенотерапии возникает такое неприятное осложнение как рубцовые изменения носослезного канала, которые приводят к стойкому слезотечению в 100% случаев. Применение метода радиохirurgии исключает данное осложнение.

За период 2008-10 гг. нами пролечено данным методом 73 пациента с различными новообразованиями: 18 - папилломы; 39 - базалиомы; 2 - гранулемы; 4 - ксантелазмы; 7 - гемангиомы; 3 - выраженный фолликулез конъюнктивы.

Работа радиохиргическим прибором «Сургитрон» производилась под местной капельной анестезией 0,4% Инокаина или раствора Наропина и дополнительно в ряде случаев вводился раствор

Лидокаина 2% или Наропина под основание образования. В результате данного лечения у всех пациентов достигнуто полное клиническое разрушение новообразований.

В послеоперационном периоде проводилась обработка ложе образования раствором перманганата калия \при локализации на коже\, Корнерегель\ при локализации на конъюнктиве. При дальнейшем динамическом наблюдении пролеченных пациентов, в 1 случае \ базалиома кожи века с распространением на слизистую интрамаргинального пространства \ возник «R» спустя 6 месяцев после лечения. Вновь проведен курс радиохirurgии. При наблюдении в течение 1,5 лет – признаков рецидива нет. У пациентов с фолликулезом, получивших сеанс радиохirurgии в комплексном лечении, излечение наступало значительно раньше, чем у пациентов получавших традиционный курс терапии и рецидива заболевания практически не наблюдалось.

Полученные положительные результаты в лечебной практике и проанализированная нами экономическая целесообразность данного метода, позволяет нам сделать следующие выводы:

- рекомендовать данный метод, как дополнительный метод выбора при лечении различных новообразований и дистрофических изменений конъюнктивы и кожи век;
- считать радиохirurgию, как экономически целесообразным:
- сокращение времени хирургической операции в 3-4 раза;
- сокращение койко-дней в 2-3 раза;
- экономия перевязочного материала в 5-6 раз;
- временная потеря и / трудоспособности сокращается в 2 раза.

ХИМИОТЕРАПИЯ С ОЗОНИРОВАННЫМИ СРЕДАМИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОГО РАКА ЖЕЛУДКА

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

Ростовский НИОИ, г. Ростов-на-Дону

Несмотря на устойчивую тенденцию к снижению заболеваемости раком желудка, он остается одной из самых распространенных форм злокачественных опухолей человека (Мерабшвили В.М., 2001; 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