

мер удалённых неоплазий находился в интервале от 15 до 45 мм. Осложнений со стороны раны не наблюдали. Выписка происходила на следующие сутки после мукоэктомии. Колоноскопия высокого разрешения с осмотром в узком спектре изображения (NBI) и биопсией из рубца выполнялась эндоскопом CF-N180AL («Olympus», Япония) на 3, 6, 9, 12 месяц в первый год, на 6, 12 месяц во второй год и в дальнейшем ежегодно. В проведённом исследовании рецидивов не наблюдали. Мы объясняем это обязательным выполнением аргоноплазменной коагуляции краёв раны после удаления по частям стелющихся образований ободочной кишки.

**Выводы.**

Несмотря на небольшое количество пролеченных больных, считаем, что аргоно – плазменная коагуляция является эффективным методом профилактики рецидивов после мукоэктомии по частям стелющихся образований ободочной кишки типа LST при отсутствии инвазии в подслизистый слой.

**Литература:**

1. Kudo S. Endoscopic mucosal resection of flat and depressed types of early colorectal cancer. *Endoscopy*. – 1993. – Vol. 25, № 7. – P. 455-461.
2. Kudo S., Kashida H., Tamura T. et al. Colonoscopic diagnosis and management of non-polypoid early colorectal cancer // *World J. Surg.* – 2000. – № 24. – P. 1081-1090.
3. Muto T., Kamiya J., Sawada T. et al. Small «flat» adenoma of the large bowel with special reference to its clinicopathological feature // *Dis. Colon Rectum*. – 1985. – № 28. – P. 857-861.
4. Soetikno RM., Kaltenbach T, Rouse RV et al. Prevalence of nonpolypoid (flat and depressed) colorectal neoplasms in asymptomatic and symptomatic adults // *JAMA*. – 2008. – Vol. 5, №299. – P. 1027-1035.

### **УДАЛЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА В УСЛОВИЯХ ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ И УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИИ**

*И.Г. Захматов, О.В. Могучая, В.В. Щедренко*

РНИНХИ им. проф. А.А. Поленова, г. Санкт-Петербург

E-mail автора: igz@bk.ru

Цель исследования – оценить радикальность операций и качество жизни пациентов с первичными опухолями головного мозга, оперированных с использованием флуорес-

центной и ультразвуковой навигации при операции.

**Материал и методы.**

Проведен анализ данных комплексного обследования 18 пациентов с первичными опухолями головного мозга и анаплазией 1-2 степени (n=6) и 3-4 степени (n=12). Во время операции у всех 18 больных (основная группа) была использована интраоперационная ультразвуковая навигация (аппарат Logic book фирмы GE) в сочетании с флуоресцентной навигацией (модуль Blue-400 операционного микроскопа фирмы Karl Zeiss «Pentero», контрастирующий препарат 5-аминолевулиновая кислота). Контрольную группу составили 60 архивных наблюдений с глиальными опухолями и анаплазией 1-2 степени (n=20) и 3-4 степени (n=40), оперированных той же операционной бригадой без использования интраоперационной навигации. Оценивали разницу после- и дооперационного статуса по шкале Карновского. Радикальность удаления новообразования определяли как отношение (в %) удаленной части опухоли к дооперационному ее объему (расчет внутримозгового объемного образования по формуле Эриксона) по данным контрольного СКТ-исследования с контрастированием, которое выполняли, как правило, в первые 48 часов после операции.

**Результаты и обсуждение.**

Средняя разница после- и дооперационного статуса по шкале Карновского в основной группе составила  $+28 \pm 21$  баллов (в том числе при низкой степени анаплазии  $+15 \pm 9$  баллов, при высокой степени анаплазии  $+36 \pm 28$  баллов). Эти же показатели в контрольной группе составили соответственно  $+12 \pm 15$  баллов ( $-12 \pm 18$  баллов и  $+14 \pm 19$  баллов). Разница показателей в основной и контрольной группах наиболее различалась при доброкачественных глиомах ( $p < 0,001$ ). При злокачественных опухолях, как и в целом по выборке, коэффициент достоверности составил  $p < 0,05$ , что свидетельствовало о более высоком качестве жизни пациентов в случае применения интраоперационной ультразвуковой и флуоресцентной навигации. Это объясняется более точной дифференцировкой ткани опухоли во время операции, что способствует сохранению функционально значимых зон мозга.

Средняя радикальность удаления опухоли в основной группе составила  $89,4 \pm 11,2\%$  (в том числе при высокой анаплазии  $75,6 \pm 22,1\%$ , при низкой анаплазии  $94,4 \pm 5,6\%$ ). Эти же показатели в контрольной группе составили соответст-

венно  $58,7 \pm 15,2\%$  ( $48,2 \pm 26,2\%$  и  $72,1 \pm 8,6\%$ ). Разница показателей в основной и контрольной группе пациентов с доброкачественными, злокачественными глиомами и в целом по всей выборке оказалась высоко статистически достоверной ( $p < 0,001$ ). Это свидетельствует о достоверном и значимом повышении радикальности операции в условиях применения интраоперационной ультразвуковой и флуоресцентной навигации. В контрольной группе отмечали тесную обратную связь степени радикальности операции с качеством жизни послеоперационных пациентов (коэффициент корреляции  $r = -0,844$ ). Значит, повышение радикальности операции без флуоресцентной и ультразвуковой навигации повышает риск снижения качества жизни пациента. В основной группе связь параметров положительна ( $r = +0,653$ ), что свидетельствует о повышении радикальности оперативного вмешательства с улучшением качества жизни пациента.

**Выводы.** Применение интраоперационной ультразвуковой и флуоресцентной навигации при удалении опухолей головного мозга способствует улучшению качества жизни пациентов за счет радикальности удаления новообразования. Это определяет увеличение медианы выживаемости больных за счет более эффективного ответа меньшего объема опухоли на последующую комплексную лучевую и химиотерапию. Увеличение радикальности резекции опухоли без использования методики при удалении первичных опухолей головного мозга приводит к ухудшению качества жизни пациентов.

### **БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: РЕГРЕССИЯ НА ФОНЕ ХИМИОТЕРАПИИ**

*П.Б. Зотов, С.А. Ральченко, Л.В. Гайсина,  
А.З. Потапова, А.В. Прохорченко,  
А.А. Мойсиев, А.Б. Хисматулина*

Тюменский ООД

Болевой синдром является одним из ведущих и наиболее тяжелых проявлений распространенного рака поджелудочной железы, а его контролирование во многих случаях представляет сложную клиническую задачу. Провидимая химиотерапия, у этих пациентов, помимо противоопухолевого эффекта, во многих случаях позволяет уменьшить выраженность боли, что способствует повышению качества их жизни,

снижает потребность в болеутоляющих средствах.

**Цель исследования:** оценить регрессию болевого синдрома на фоне отдельных схем полихимиотерапии у больных раком поджелудочной железы.

**Материал исследования:** обследовано 34 больных раком поджелудочной железы в возрасте от 36 до 65 лет, средний –  $48,3 \pm 4,3$  лет. Из них мужчин – 13, женщин – 10. Во всех случаях диагноз был подтвержден морфологически (аденокарцинома – у 22 человек). Местно распространенный процесс был в 6, метастатический – в 17 случаев (у 16 пациентов имелось поражение печени). Тяжесть состояния больных: удовлетворительное – 15, среднетяжелое – 8.

Оценка интенсивности болевого синдрома осуществлялась по 5-тибальной шкале вербальных оценок (ШВО). Этапы исследования: при первичном поступлении, спустя 1, 2 и 3 месяца – перед проведением очередного курса полихимиотерапии (ПХТ). КТ-контроль проводился всем пациентам в среднем через 3 месяца от начала лечения.

**Результаты и обсуждение.**

На момент первичного обследования хронический болевой синдром (ХБС) регистрировался у всех больных: слабой интенсивности (1 балл) – 4, умеренной (2 балла) – 14, сильной (3 балла) – 5. Средняя интенсивность боли по ШВО в группе составила –  $2,04 \pm 0,39$  балла. Болеутоляющие средства согласно «анальгетической лестницы» ВОЗ получали все пациенты. У 32 человек определялся достаточный эффект.

Специальное лечение входило в план исследования. Использовались 3 схемы: FAM (1-я группа,  $n=13$ ), GP (2-я группа,  $n=10$ ) и De Grammont (3-я группа,  $n=11$ ) с стандартных дозировках, рассчитываемых индивидуально на  $m^2$ .

Перерасчет средних значений интенсивности болей: 1-я группа –  $2,0 \pm 0,30$  балла; 2-я –  $2,1 \pm 0,33$ , 2-я –  $2,0 \pm 0,37$ .

Динамическое наблюдение за пациентами показало, что проведение сравниваемых схем химиотерапии определяет различную обратную динамику болевого синдрома (рис. 1).