

ки, перстневидноклеточный рак у 9 больных, другие гистологические типы – 1 больной. Регионарные метастазы были обнаружены у 17 больных. 15 человек (основная группа) проведено комплексное лечение, включающее гастрэктомию и интраоперационную химиотерапию с озонированными средами. 15 больным (контрольная группа) проводили стандартную операцию гастрэктомию без интраоперационных воздействий. Группы больных сопоставимы по возрасту, полу, данным гистологического исследования, степени распространенности опухолевого процесса.

Для проведения комплексного лечения с применением химиотерапии с озонированными средами вводили интраоперационно внутривенно 100 мл озонированной аутокрови (400 мкг/л), в последующем с интервалом 5 мин вводили лейковорин в дозе 100 мг/м² и 5-фторурацил в дозе 13,5 мг/кг, а в левую желудочную артерию 50 мл озонированного физиологического раствора (1000 мкг/л), в последующем с интервалом 5 мин вводили оксалиплатин в дозе 85 мг/м². После 30 минутной экспозиции химиопрепарата в пораженном органе выполняли гастрэктомию.

Затем больные обеих групп получили по 6 курсов адьювантной химиотерапии по схеме FolFox, включающую препараты платины, 5-фторурацил и лейковорин.

Результаты и обсуждение.

После проведения гастрэктомии с интраоперационной химиотерапией с озонированными средами после удаления гистологического препарата проводилось морфологическое исследование ткани опухоли, паратуморальной зоны, линии резекции, при котором был выявлен выраженный отек вокруг опухолевых клеток и желез, дистрофические и некробиотические изменения в опухолевых клетках, что подтверждало развитие лечебного патоморфоза.

Срок наблюдения больных основной и контрольной групп составил от 1 до 14 месяцев. В основной группе больных в течение этого времени не выявлены местные рецидивы и отдаленные метастазы. В контрольной группе у 2 пациентов выявлены отдаленные метастазы в печень, диссеминация по брюшине с явлениями асцита. У 1 больного возник местный рецидив в области анастомоза.

Полученные данные свидетельствуют не только о снижении частоты прогрессирования заболевания, но и об увеличении длительности бессобытийного периода после применения интраоперационной химиотерапии с озонированными средами во время операции гастрэктомии.

Выводы.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что применение интраоперационной химиотерапии с озонированными средами во время операции гастрэктомии способствует снижению частоты прогрессирования заболевания на 20% за период наблюдения от 1 до 14

месяцев, а также приводит к выраженному отеку стромы опухоли и развитию лечебного патоморфоза.

ВОЗМОЖНОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЩАДЯЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ В ХИРУРГИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

О.И. Кит, Ю.А. Геворкян, Д.С. Петров, Н.В. Солдаткина, Д.А. Харгазев

РНИОИ, г. Ростов-на-Дону

Высокие показатели заболеваемости раком толстой кишки с наблюдаемым неуклонным ростом, увеличение числа распространенных форм злокачественных опухолей толстой кишки и смертности от этой патологии (Мартынюк В.В., 2004; Pahlman L. et al., 2007), обуславливают актуальность проблемы совершенствования лечебных мероприятий при раке толстой кишки (Gliemius B. et al., 2008; Nordlinger B. et al., 2009).

Одной из сложных проблем современной онкологии является местно-распространенный рак толстой кишки, прорастающий мочевого пузыря в связи со сложностью лечения и высоким процентом инвалидизации. Большинству таких больных помимо оперативного вмешательства на толстой кишке выполняется цистэктомия (Сидоров Д.В. и соавт., 2010). Последние десятилетия совершенствуются пластические способы отведения мочи после цистэктомии. Основная цель таких операций – улучшение показателя качества жизни больных.

Восстановить мочеиспускание через естественные мочевые пути позволяет ортотопическая пластика мочевого пузыря. Однако ее выполнение сопряжено с рядом осложнений, недержанием мочи (Перепечин Д.В., 2009). Несмотря на большое количество исследований, поиск способов профилактики и лечения данных осложнений продолжает оставаться актуальным.

Цель исследования: улучшение результатов лечения местно-распространенного рака толстой кишки, прорастающего в мочевой пузырь, путем расширения показаний для сохранения основания мочевого пузыря с устьями мочеточников и уретрой и пластическим замещением дефекта мочевого пузыря изолированным тонкокишечным резервуаром.

Материал и методы.

Проанализированы результаты лечения 17 больных местно-распространенным раком толстой кишки, прорастающим в мочевой пузырь, из них 11 мужчин. 7 больных находилось в возрасте от 43 до 50 лет, 10 больных – в возрасте от 51 до 59 лет. Распределение по стадиям: T₄N₁M₀ – 3 больных, T₄N₂M₀ – 9 больных, T₄N₃M₀ – 5 больных. Гистологически у всех больных была установлена аденокарцинома. Больные были распре-

делены на 2 группы. 1 (основную) группу составили 7 больных, которым выполнена операция в объеме резекции толстой кишки, субтотальной резекции мочевого пузыря с сохранением основания мочевого пузыря с устьями мочеточников и уретрой и пластическим замещением дефекта мочевого пузыря изолированным тонкокишечным резервуаром. 2 (контрольную) группу составили 10 больных, которым выполнена операция в объеме резекции толстой кишки, цистэктомии с ортотопической пластикой мочевого пузыря сегментом тонкой кишки.

Методики оперативных вмешательств. У больных обеих групп оперативное вмешательство на толстой кишке заключалось в передне-верхней резекции прямой кишки, резекции сигмовидной кишки с наложением аппаратного толсто-толстокишечного анастомоза «конец в конец» или брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки. Группы больных отличались характером вмешательства на мочевом пузыре. У больных 1 группы производилась субтотальная резекция мочевого пузыря с сохранением основания мочевого пузыря и устьев мочеточников и уретры. После мобилизации и транспозиции петли тонкой кишки, с помощью линейного сшивающего аппарата формировался резервуар, который анастомозировался с основанием мочевого пузыря 2-мя рядами швов. Тонкокишечный резервуар дренировали в левой подвздошной области, там же отдельно выводились мочеточниковые катетеры.

У больных 2 группы проводилась цистэктомия с ортотопической пластикой мочевого пузыря сегментом тонкой кишки и формированием анастомозов мочеточников и уретры со сформированным неоцистом.

Полагаем, что показания к цистэктомии при прорастании рака толстой кишки в мочевой пузырь зачастую необоснованно расширяются, основываясь на показаниях к таковой при первичном раке мочевого пузыря. Проведенное нами морфологическое исследование показало, что поражение стенки мочевого пузыря при прорастании рака толстой кишки в большинстве случаев не выходит за пределы видимых границ опухоли, что позволило нам выполнять субтотальную резекцию мочевого пузыря даже при расположении опухоли вблизи мочепузырного треугольника.

Результаты и обсуждение.

Ближайшие послеоперационные осложнения развились у 1 больного в основной группе и у 6 больных контрольной группы.

Отдаленные осложнения выявлены только в контрольной группе (4 больных) ($p < 0,05$). Исследование паренхиматозно - выделительной функции почек в обеих группах больных показало ее снижение у 1 больного основной группы и у 3 больных контрольной группы ($p < 0,05$). Выполнение субтотальной резекции мочевого пузыря вме-

сто цистэктомии у больных 1 группы позволило улучшить показатели хирургической реабилитации больных, достоверно улучшить показатели дневного и ночного удержания мочи.

Так, уже через 3 месяца после операции все больные основной группы удерживали мочу в дневное время суток, в этот период дневного удержания мочи в контрольной группе больных не наблюдалось ($p < 0,05$). В контрольной группе больных через 6 месяцев после операции удерживали мочу в дневное время 70% больных ($p < 0,05$), через 12 месяцев - 80% больных ($p < 0,05$).

Ночное мочеиспускание к 3 месяцу после операции в основной группе восстановилось у 70% больных, в контрольной группе - у 15% больных ($p < 0,05$). Через 6 месяцев все больные основной группы и 30% больных контрольной группы удерживали мочу в ночное время ($p < 0,05$), через 12 месяцев эти показатели составили 100 и 78% соответственно ($p < 0,05$).

Показатель уровня качества жизни изменился от «неудовлетворительного» до операции и в раннем послеоперационном периоде в обеих группах больных, до «удовлетворительного» в ближайшие и в отдаленные сроки после операции (90% больных в основной группе и 50% больных в контрольной группе, $p < 0,05$).

Больные обеих групп находятся под наблюдением от 7 месяцев до 1 года. За время наблюдения в основной группе не выявлено местных рецидивов и отдаленных метастазов опухоли. В контрольной группе у 1 больного через 8 месяцев после операции обнаружены метастазы в печень. Таким образом, уменьшение объема оперативного вмешательства на мочевом пузыре до субтотальной резекции у больных основной группы не ухудшает результаты лечения больных.

Итак, результаты исследования показали, что все изученные показатели были достоверно лучше у больных основной группы, при этом не уменьшается безрецидивный и безметастатический период. Эти данные свидетельствуют о преимуществе и необходимости расширения показаний к функционально-щадящим оперативным вмешательствам на мочевом пузыре при местнораспространенном раке толстой кишки, прорастающим в мочевой пузырь, что будет способствовать медицинской и социальной реабилитации больных.

Выводы.

1. При прорастании рака толстой кишки в мочевой пузырь, в отличие от первичного рака мочевого пузыря, возможно выполнение функционально-щадящих операций на мочевом пузыре, таких как субтотальная резекция мочевого пузыря с сохранением основания мочевого пузыря с устьями мочеточников и уретрой и тонкокишечной пластикой, даже при расположении опухоли вблизи мочепузырного треугольника.

2. Сохранение основания мочевого пузыря с устьями мочеточников и уретрой у больных основной группы способствовало достоверному снижению частоты ближайших и отдаленных послеоперационных осложнений, частоты ухудшения паренхиматозно-выделительной функции почек ($p < 0,05$).

3. Сохранение основания мочевого пузыря с устьями мочеточников и уретрой у больных основной группы способствовало улучшению показателей хирургической реабилитации больных, достоверному улучшению показателей дневного и ночного удержания мочи.

4. Сохранение основания мочевого пузыря с устьями мочеточников и уретрой у больных основной группы не ухудшает показатели дальнейшего прогрессирования опухоли при значительном улучшении показателей качества жизни больных ($p < 0,05$).

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ГОРТАНИ

*Д.Е. Кульбакин, М.Р. Мухамедов, А.А. Жеравин,
Е.Ю. Гарбуков, В.Э. Гюнтер, О.В. Черемисина,
К.Ю. Меньшиков, П.В. Суркова, Н.В. Васильев,
И.Г. Синилкин, С.В. Лунева*

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Учитывая роль, которую гортань играет в жизни человека, вопросы органосохраняющего лечения опухолей гортани будут всегда актуальными. Хирургический метод остается основным, как в комбинированном лечении больных с местно-распространенными стадиями первичного рака гортани, так и в случае лечения рецидивов после радикального курса лучевой терапии. Однако всегда возникает вопрос, о выборе объема операции. При выполнении органосохраняющей операции, с соблюдением онкологических принципов, у больных местно-распространенными стадиями рака гортани неизбежно возникает необходимость реконструкции резецированных структур. Адекватность реконструкции определяет функциональные исходы органосохраняющей операции и успех хирургического лечения в целом. Необходимо учитывать и ряд отрицательных факторов, связанных с предшествующим лечением (лучевая или химиолучевая терапия), в плане комбинированного лечения или неудач первичной терапии у больных местно - распространенными стадиями рака гортани. Таким образом, реконструктивный компонент при выполнении широких резекций у больных раком гортани является неотъемлемым. Развитие новых медицинских имплантатов, на основе никелида титана, открывает новые возможности в реконструкции гортани.

Материалы и методы.

На базе отделения опухолей головы и шеи НИИ онкологии СО РАМН за период с 2008 по 2010 гг. тринадцати больным раком гортани (T₂₋₃ стадиями) выполнены органосохраняющие операции с реконструкциями имплантатами на основе ткани из никелида титана. Всем больным в плане предоперационной оценки распространенности опухоли проводилось обследование, включающее видеоларингоскопию и спиральную компьютерную томографию (СКТ) гортани с контрастированием. Объем органосохраняющей операции зависел от местной распространенности опухоли (расширенная переднебоковая и фронтальная резекции гортани). Создание имплантата на основе ткани из никелида титана осуществлялось индивидуально для каждого пациента, по данным предоперационного обследования (видеоларингоскопии и СКТ гортани). В плане комбинированного лечения данные органосохраняющие операции с реконструкцией выполнены 5 больным (T₂ – 2 больным, T₃ – 3 больным), и 8 больным по поводу рецидива рака гортани после радикального курса лучевой терапии (гT₂ – 3 больным, гT₃ – 5 больным). Реконструкция гортани включала в себя, как формирование жестко-эластического каркаса (при помощи имплантата из никелида титана), так и созданием внутренней выстилки реконструируемой стенки гортани. Формирование внутренней выстилки гортани осуществлялось при помощи перемещенного мышечного лоскута (в 8 случаях) или методом предварительной префабрикации мышечного аутоотрансплантата, с использованием никелид-титановой конструкции, созданной по оригинальной методике (5 случаев). Метод реконструкции, с использованием префабрицированного мышечного лоскута, включал микрохирургический этап формирования сосудистых анастомозов. Выбор методики реконструкции зависел от местной распространенности опухоли, предшествующего лечения (лучевая или химиолучевая терапия).

Результаты органосохраняющих операций оценивались по данным видеоларингоскопии, СКТ гортани, сцинтиграфии гортани, доплеровского картирования зоны микрососудистых анастомозов. С помощью данных исследований оценивалось положение конструкции, состояние внутренней выстилки неогортани, а также кровоток и перфузия в зоне реконструкции. Внутренняя выстилка гортани во всех случаях была состоятельна, отмечено правильное стояние конструкции, без смещения. Так же выполнялось микроскопическое исследование фрагментов внутренней выстилки неогортани. Отмечено формирование многослойного кубического эпителия. Одиннадцать больных деканюлированы в сроки от 14 до 30 дней после операции. Самостоятельное питание полностью восстанавливалось к 5-7 суткам после операции. Голосовая функция, с различными нарушениями, была со-