

смертности онкологические заболевания занимают одно из первых мест, однако, менее известно, что тромбоз является второй по частоте причиной смерти онкологических больных (Балуда М.В., 2001; Соменова О.В. и др., 2008; Петрушкин В.В., 2008; Donati M.V., 1994). Данные современной литературы позволяют говорить об активации системы гемостаза с развитием хронического ДВС-синдрома у онкологических больных. Активация реализуется преимущественно через внешний механизм свертывания крови, т.е. путем воздействия тканевого фактора – TF (ранее использовали термин «тканевой тромбопластин») и, так называемых, раковых прокоагулянтов на фф. VII и X. Тканевой фактор, представляющий собой комплекс апопротеина III с фосфолипидом (Кузник Б.И., Баркаган З.С., 1991, Зубаиров Д.М., 1988, 2000) является пусковым в этом процессе, образуя комплекс с ф. VII, в котором последний подвергается активации, после чего в соответствии с каскадной схемой свертывания происходит активация ф. X в составе комплекса TF/VIIa/Xa/Va и  $Ca^{2+}$  (Зубаиров Д.М., 1988, 2000; Бышевский А.Ш. и др., 1992; Шитикова А.С., 2000; Levine M. e.a., 1997).

Цель работы: изучение биохимического и тромбоцитарного компонентов гемостаза, состояние липидпероксидации и антиоксидантного потенциала у больных раком матки при оперативном лечении.

Материалы и методы обследования.

Обследовано 84 больных злокачественными новообразованиями матки (1-3 клинических стадий), которым было проведено радикальное хирургическое лечение (экстирпация матки с придатками). Наблюдения и исследования проводили в отделении гинекологии Тюменского ООД. Клиническое и лабораторное обследование выполняли за день до операции, через 1, 3-4 и 5-7 суток после нее. Клиническое обследование включало изучение жалоб, анамнеза заболевания, жизни, акушерско-гинекологического анамнеза, общий осмотр и специальное гинекологическое обследование, бактериоскопию отделяемого цервикального канала, влагалища и уретры, УЗИ органов малого таза. Учитывали длительность операции, вид анестезии, интраоперационную кровопотерю. У всех пациенток оценивали параметры общей свертывающей активности (описание Баркаган З.С., Момот А.П., 1999), количество, морфологию тромбоцитов (методика Шитиковой А.С. и др., 1996). Состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантный потенциал устанавливали с помощью методик, включающих определение содержания первичных (диеновых конъюгатов /ДК/) и вторичных (малонового диальде-

гида - МДА) продуктов ПОЛ (Стальная И.Д., Горишвили Т.Г., 1977). Антиоксидантный потенциал оценивали по содержанию в эритроцитах витамина Е (неферментное звено) (Рудакова-Шилина Н.К., Матюкова Л.Д., 1982) и активности супероксиддисмутазы и глутатион – S – трансферазы (ферментное звено), (Верболович В.П., Подгорная Л.М., 1987; Медицинские и лабораторные технологии, 2002). Результаты исследований обрабатывали статистически с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты и выводы. У пациенток, страдающих раком матки, ускорена липидпероксидация и активирована антиоксидантная защита (двукратный рост уровня глутатион-S-трансферазы), и имеются признаки развития «переходной» стадии диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, сохраняющиеся до 7 сут после радикальной операции при онкопатологии матки и проявляющейся удлинением АЧТВ, ТВ, увеличением ПО, МНО, уровня РФМК, ПДФ и фибриногена, снижением АТ III, ИРП, повышением числа АФ и числа больших агрегатов. У больных раком матки активация гемостаза синхронизирована с ускорением перекисного окисления липидов и снижением содержания витамина Е в эритроцитах.

## ЛЕЧЕНИЕ

### ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ РАКА ЖЕЛУДКА В ПЕЧЕНЬ С ПРИМЕНЕНИЕМ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ

*Д.Т. Арыбжанов, А.Р. Сабуров*

Южно-Казахстанский ООД, г. Шымкент, Казахстан

В Республике Казахстан заболеваемость раком желудка составляет 21,3-22,0 на 100000 населения, в структуре онкопатологии рак желудка занимает третье-четвертое место и составляет 10,5%. В Южном Казахстане уровень пациентов IV стадией рака желудка составляет свыше 22-23%, а летальность на первом году с момента установления диагноза до 52,5%. Наибольшее число больных с IV стадией процесса к началу лечения имеют метастазы в печени. Лечение больных раком желудка с метастазами в печень представляет собой труднейшую проблему в онкологии.

Цель исследования: оценить непосредственные результаты лечения больных раком желудка с метастазами в печень применением рентгенэндоваскулярных методов.

Материал и методы.

За 2009-2010 гг. нами пролечено 42 больных раком желудка с метастазами печени в возрасте от 38 до 73 лет. Мужчин было 29, женщин 13. Гистологически верифицированы различные варианты аденокарциномы у 28 больных, недифференцированный рак у 9 больных, скirr у 5 больных. Пациентам первым этапом комбинированного лечения выполнена хирургическая операция (резекция желудка или гастрэктомия в объеме R0 по первичному очагу). Затем пациенты получили 4-5 курсов длительной внутриартериальной химиотерапии в печеночную артерию по схеме Цисплатин 100мг 24 часовая инфузия, Фторурацил 750мг 72 часовая инфузия (патент РФ на изобретение «Способ химиотерапии метастазов рака желудка в печень» № 2364397 от 20.08.2009г.).

Результаты и обсуждение.

При динамическом наблюдении после 4-х курсов химиотерапии значительная регрессия метастазов печени отмечена у 7 пациентов, частичная регрессия отмечена у 13 пациентов, стабилизация у 11, прогрессирование отмечено у 11 пациентов. Одногодичная летальность отмечена у 9 пациентов, что в основном связано с прогрессированием процесса. При контрольном осмотре 78% больных живут более 14 месяцев.

Таким образом, из вышеизложенного следует, что хирургический метод остается ведущим в лечении больных раком желудка. Наш анализ показывает, что применение регионарной химиотерапии в печеночную артерию у пациентов раком желудка с метастазами в печень после операции на первичном очаге позволяет увеличить шанс годичной выживаемости больных раком желудка IV стадии.

#### **ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОИНФУЗИИ В ЧРЕВНЫЙ СТВОЛ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА**

*Д.Т. Арыбжанов, Н.К. Орманов, А.Р. Сабуров*

Южно-Казахстанская ГФА, Казахстан  
Южно-Казахстанский ООД, г. Шымкент, Казахстан

В Республике Казахстан заболеваемость раком желудка составляет 19-20 на 100000 населения, в структуре онкопатологии рак желудка занимает четвертое место и составляет 10,3%. Лечение больных раком желудка всегда остается актуальной задачей для онкологов. По данным литературы при применении неoadъювантной химиотерапии частичная регрессия опухоли наступает у 38% больных, частота послеоперационных осложнений снижается в 3 раза. В настоящее время применению регионарной химиотерапии у

больных раком желудка открываются более широкие возможности.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных раком желудка путем применения внутриартериальной регионарной химиоинфузии в чревный ствол.

Материал и методы.

Нами проанализированы непосредственные результаты комплексного лечения 50 больных раком желудка прошедших лечение в Южно-Казахстанском областном онкологическом диспансере за период 2005-2009 гг. Все 50 больных в клинику поступили с первичной опухолью.

Средний возраст составил  $58,1 \pm 0,8$  года. Стадия опухолевого процесса по TNM была следующей:  $T_3N_0M_0$  – 17 (34%) больных,  $T_3N_1M_0$  – 19 (38%) больных и  $T_3N_2M_0$  – 14 (28%) больных. Гистологически у 45 (90,0%) больных выявлена аденокарцинома, у 5 (10,0%) – скirrрозный рак. Всем больным первым этапом проведена неoadъювантная внутриартериальная химиоинфузия в чревный ствол по схеме TPF (Таксотер  $75 \text{ мг/м}^2$  + Цисплатин  $75 \text{ мг/м}^2$  + Фторурацил  $1000 \text{ мг/м}^2$  в 1-й день) 2 курса с интервалом 28 дней, затем операция. В последующем в зависимости от результатов неoadъювантной химиотерапии больным проводился следующий этап лечения.

Результаты и их обсуждение.

Непосредственные результаты показали эффективность лечения после 2 курсов неoadъювантной внутриартериальной регионарной химиоинфузии у 26 (52%) больных: частичная регрессия отмечена у 18 (36%) больных и значительная регрессия процесса отмечена у 8 (16%) больных. Этим больным вторым этапом комплексного лечения проведена радикальная операция – расширенная гастрэктомия с лимфодиссекцией D<sub>2</sub>. В 15 (30%) случаях отмечена стабилизация процесса, во время операции у этих больных хирургическое вмешательство завершилось паллиативным удалением опухоли из-за прорастания в соседние органы. В 9 (18%) случаях на фоне проводимого лечения отмечено прогрессирование и диссеминация процесса по брюшине с асцитом, что привело к ухудшению общего состояния больных, и они были выписаны на симптоматическое лечение. Изучение удаленного гистологического материала желудка после операции показало наличие лекарственного патоморфоза 1-2 степени у 12 (24%) больных, патоморфоза 3 степени у 14 (28%). Учитывая результаты гистологического исследования и наличие лечебного патоморфоза всем 26 (52%) больным в течение 1-го месяца после радикальной операции начаты курсы адъювантной химиотерапии по той же схеме. Всем больным проведены по 4 курса адъювантной химиотерапии.

Заключение.