

Список литературы

1. Васильков В.Г. Печеночный кровоток после операций на органах брюшной полости / В.Г. Васильков, М.Ф. Купцова, В.Н. Маринчев // Анестезиология и реаниматология. - 1983. - №1. - С. 50-53.
2. Воробьев Г.И. Внутривнутрибрюшная диссеминация опухолевых клеток при раке ободочной кишки / Г.И. Воробьев, А.П. Жученко, Л.Л. Капуллер, М.З. Тотиков, Л.В. Максимова, И.Д. Калганов, А.Ф.Филон // Колопроктология. - 2004. - №2(8). - С. 30-35.
3. Ганцев К.Ш. Инфузионно-трансфузионная терапия гемореологических и микроциркуляторных расстройств у больных раком желудка / К.Ш. Ганцев // Вестник новых медицинских технологий. - 2004. - Т. XI. - №4. - С. 73-74.
4. Ганцев К.Ш. Обоснование превентивной коррекции печеночного кровообращения на этапе хирургического лечения больных с патологией органов брюшной полости / К.Ш.Ганцев, Ш.Х.Ганцев // Казанский медицинский журнал. - 2005. - №6. - С. 319-322.
5. Ганцев Ш.Х. Нестандартные операции в абдоминальной хирургии и онкологии // Ш.Х.Ганцев, В.В.Плечев, К.Ш.Ганцев и др. // М.: МИА, 2007. - 304 с.
6. Куц Н.Л. О некоторых морфогистохимических изменениях в печени под влиянием операций и наркоза / Н.Л.Куц, В.Н. Грона, Е.Ф.Зибера // Анестезиология и реаниматология. - 1977. - №5. - С. 57-61.
7. Нисимов Э.Б. Печеночный кровоток у больных с заболеваниями внепеченочных желчных: влияние на него некоторых средств послеоперационной терапии / Э.Б.Насимов, Е.А. Евдокимов // Анестезиология и реаниматология. - 1982. - №2. - С.47-51.
8. Поддубная И.В. Лекарственная терапия злокачественных опухолей (современное состояние и перспективы) / И.В.Поддубная // Русский медицинский журнал. - 1998. - №10. - С. 621-627.
9. Скоропад В.Ю. Адьювантная химиотерапия и химиолучевая терапия операбельного рака желудка: современное состояние проблемы / В.Ю.Скоропад, Б.А.Бердов // Вопросы онкологии. - 2004. - Т. 50. - №5. - С. 524-534.
10. Тарасов В.А., Виноградова М.В., Клечиков В.З. и др. Хирургическое лечение распространенных форм рака желудка // Практическая онкология. - 2001. - №3(7). - С. 52-58.
11. Roukos D.H., Lorenz M., Encke A Evidence of survival benefit of extended (D2) lymphadenectomy in western patients with gastric cancer based on a new concept: a prospective longterm follow up study // Surgery. - 1998. - Vol. 123(5). - P. 573-578.
12. Yonemura Y., Kawamura T., Nojima N. et. al. Postoperative results of left upper abdominalevisceration for advanced gastric cancer // Hepatogastroenterology. - 2000. - Vol. 47(32). - P. 571-574.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ T2aN0M0

А.А. Зимичев

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет

Зимичев Александр Анатольевич,

ассистент кафедры урологии, канд. мед. наук,
443099, Россия, г. Самара, ул. Чапаевская, д. 89,
тел. 8 (903) 335-90-59,
e-mail: zimichew@mail.ru

Применили в лечение пациентов с раком мочевого пузыря стадии T2aN0M0 сочетание трансуретральной вапоризации с трансуретральной резекцией и комбинированную химиотерапию (заявка на патент №2010127350/20 (038956) от 5.07.10 «Способ лечения при раке мочевого пузыря»). При анализе результатов лечения применили разработанную систему псевдомногофакторного анализа. В исследовании доказано, что использование сочетания трансуретральной резекции и вапоризации позволяет снизить количество рецидивов рака мочевого пузыря, снизить количество осложнений. Применение в лечение пациентов с раком мочевого пузыря стадий T2aN0M0 TUR+ТУЭВ, системной полихимиотерапии и внутривнутрипузырной адьювантной химиотерапии доксирубицином по схеме позволяет достичь безрецидивной выживаемости в 93,0% случаев. Результаты нашего исследования показали правомочность применения эндоскопического органосохраняющего лечения при инвазивных опухолях.

Ключевые слова: инвазивный рак мочевого пузыря, трансуретральная резекция, вапоризация, химиотерапия, отдаленные результаты.

CAPABILITIES OF ENDOSCOPIC ORGAN PRESERVATION TREATMENT OF INVASIVE BLADDER CANCER PATIENTS AT THE STAGE T2aNOm0

A.A. Zimichev

Samara State Medical University

The combination of the transurethral vaporization, transurethral resection of bladder cancer together with the combined chemotherapy was applied (patent application no. 2010127350/20 (038956) d.d. 5.07.10 "Bladder cancer treatment method"). The developed system of a pseudo-multifactorial analysis was used to study the treatment results. The study proves that the combination of the transurethral resection and transurethral vaporization lets decrease both the number of bladder cancer recurrences and the number of complications. The treatment of bladder cancer patients at the stage T2aNOm0 with the application of the systemic polychemotherapy and doxorubicin adjuvant chemotherapy according to the schedule lets the recurrence free survival get 93.0%. The results of our research prove the competence of the endoscopic organ preservation treatment to be applied to treat invasive cancers.

The key words: invasive bladder cancer, transurethral resection, vaporization, chemotherapy, late results.

Введение

При инвазивных формах рака мочевого пузыря хирургические методы лечения - радикальная цистэктомия обеспечивает более чем 10-летнюю выживаемость. В среднем, по данным ряда авторов, безрецидивное течение болезни может быть достигнуто примерно у 60-80% пациентов после цистэктомии. К стратегии сохранения мочевого пузыря при инвазивном раке относят комбинирование ТУР, ХТ и лучевой терапии [1-4, 6]. В большинстве протоколов используют сочетание цисплатина и 5-фторурацила или гемцитабина и лучевой терапии, так как хорошо известна роль этих препаратов как радиосенсибилизаторов. Использование комбинации цисплатинсодержащей ХТ с лучевой терапией и последующим осуществлением ТУР мочевого пузыря приводит к достижению полных регрессий у 60-80% больных и позволяет добиться достижения 4-5-летней безрецидивной выживаемости в 40-45% случаев (2). Имеются сведения о достижении сравнимой 5-летней общей выживаемости (50-60% наблюдений) при применении комбинированного лечения с сохранением мочевого пузыря и цистэктомии, но для проведения органо-сохраняющего мультимодального лечения необходим тщательный отбор пациентов [3-5, 7, 8].

Цель исследования

Улучшение результатов лечения больных инвазивным раком мочевого пузыря T2aNOm0G1-3 с использованием трансуретральной резекции мочевого пузыря совместно с трансуретральной вapoризацией и проведением комбинированной химиотерапии по запатентованной методике (заявка на патент № 2010127350/20 (038956) от 5.07.10 «Способ лечения при раке мочевого пузыря»).

Материалы и методы

Исследование проводилось ретроспективным методом. Исходным материалом исследования служили 435 пациентов с раком мочевого пузыря

T1NOm0G1-3, получавшие лечение в клинике урологии СамГМУ в период с 1998-2009 гг. В зависимости от стадии рака мочевого пузыря пациенты распределены следующим образом: T2aNOm0G1 – 82 пациента, T2aNOm0G2 – 248 пациентов, T2aNOm0G3 – 85 пациентов. Всем пациентам выполнено хирургическое лечение в составе комплексной и мультимодальной терапии.

В зависимости от метода примененного лечения больные поделены на опытную группу – 116 больных, которым выполнена трансуретральная резекция (ТУР) с трансуретральной электровапоризацией (ТУЭВ), и тщательно подобранную (по стадии, степени дифференцировки опухоли, локализации, размеру новообразования) контрольную группу – 329 пациентов, которым выполнена только ТУР или сегментарная резекция мочевого пузыря.

В послеоперационном периоде в течение 5 лет осуществлялся мониторинг больных для выявления рецидива заболевания.

Оценки влияния метода лечения на исход заболевания определены с использованием метода псевдомногофакторного анализа (свидетельство об официальной регистрации компьютерной программу №2009614486).

Результаты и обсуждение

Выяснено, что исход лечения больных раком мочевого пузыря различного размера зависит от выбранного объема хирургического лечения (гипотеза $H_0: M(X_1)=M(X_2)=\dots=M(X_n)$ отвергнута, $F_{\text{набл}} = 9,6$, $F_{\text{кр}} = 1,8$).

Наиболее оптимальные результаты лечения рака мочевого пузыря с размером опухоли меньше 2 см получены у пациентов, которым выполнена ТУР и ТУЭВ мочевого пузыря (средняя $M = 1,13$), несколько хуже результат ТУР мочевого пузыря (средняя $M = 1,23$), результаты же сегментарной резекции в данной группе пациентов оказались самыми негативными (средняя $M = 1,29$).

В группе больных с размером опухолевого новообразования от 2 до 4 см также наилучшим образом показало сочетание трансуретральной электровапоризации с резекцией мочевого пузыря (средняя $M = 1,18$) и оказалось намного лучше сегментарной резекции (средняя $M = 1,43$) и трансуретральной резекции (средняя $M = 1,56$).

В группе пациентов с раком мочевого пузыря размерами 4 см и более также наиболее оптимально применение ТУЭВ с ТУР мочевого пузыря (средняя $M = 1,28$), в то время как результаты просто ТУР совсем неудовлетворительные (средняя $M = 2,18$). Проведение сегментарной резекции мочевого пузыря в отдельных случаях оправдано, т.к. ее результаты вполне приемлемы (средняя $M = 1,70$).

Применение вапоризации в лечении рака мочевого пузыря стадии T2aN0M0G1-3 позволяет снизить вероятность перфорации органа с 9,2% до 3,4%, вероятность кровотечения из опухоли – с 11,1% до 3,4%. При локализации опухоли в области устья мочеточника достаточно часто встречалось повреждение устья мочеточника (в 9,5%), что выше чем просто при ТУР (6,5%), чего можно избежать применив предварительную катетеризацию или стентирование мочеточника.

Мы рассмотрели целесообразность применения при раке мочевого пузыря T2aN0M0G1-3 ТУР мочевого пузыря с трансуретральной электровапоризацией, системной полихимиотерапией и проведение в течение 2 лет внутрипузырной химиотерапии доксирубицином по схеме (заявка на патент №2010127350/20 (038956) от 5.07.10 «Способ лечения при раке мочевого пузыря»).

На стадии опухоли T2aN0M0G1 выяснено, что результаты лечения больных различаются достоверно (гипотеза $H_0: M(X_1)=M(X_2)=\dots=M(X_n)$ отвергнута, $F_{набл}=9,1$ $F_{кр}=2,7$). Наиболее оптимальным методом лечения больных явилось сочетание ТУР+ТУЭВ с комбинированной системной и внутрипузырной химиотерапией (средняя $M = 1,0$), немного хуже результаты при мультимодальном лечении (средняя $M = 1,25$). При сочетании операции с проведением системной полихимиотерапии средняя $M = 1,46$. Если пациенту проведено только оперативное лечение – результаты неутешительны (средняя $M = 2,14$).

В результате дисперсионного псевдомногофакторного анализа выяснено, что результаты лечения больных раком мочевого пузыря стадии T2aN0M0G2 различны (гипотеза $H_0: M(X_1)=M(X_2)=\dots=M(X_n)$ отвергнута, $F_{набл} = 10,4$ $F_{кр} = 2,4$). Наиболее оптимальным методом органосохраняющего лечения явилось проведение ТУР + ТУЭВ с комбинированной химиотерапией (средняя $M = 1,07$), хорошие результаты получены для мультимодального органосохраняющего лечения (средняя $M = 1,26$), неплохие результаты получены для комбинированного органосохраняющего лечения с применением неoadъювантной системной полихимиотерапии (средняя $M = 1,50$). Намного хуже применение изолированного оперативного вмешательства (средняя $M = 2,44$).

На стадии опухоли T2aN0M0G3 также получена разница в результатах лечения больных (гипотеза $H_0: M(X_1)=M(X_2)=\dots=M(X_n)$ отвергнута, $F_{набл} = 3,4$, $F_{кр} = 2,4$). Наиболее оптимальным методом лечения оказалось проведение комбинированной химиотерапии и ТУР + ТУЭВ (средняя $M = 1,20$). Несколько хуже сочетание операции с системной полихимиотерапией и лучевой терапией (средняя $M = 1,42$), еще хуже результаты оперативного лечения с применением неoadъювантной системной полихимиотерапии (средняя $M = 1,74$). Совсем неудовлетворительные результаты отмечены при проведении изолированного оперативного вмешательства (средняя $M = 3,0$).

Заключение

Применение в лечение пациентов с раком мочевого пузыря стадий T2aN0M0 ТУР+ТУЭВ, системной полихимиотерапии и внутрипузырной адъювантной химиотерапии доксирубицином по схеме позволяет достичь безрецидивной выживаемости в 93,0% случаев. Результаты нашего исследования показали правомочность применения эндоскопического органосохраняющего лечения при инвазивных опухолях. Поскольку удаление органа не только крайне травматично и сопровождается значительным числом осложнений, риском смерти из-за несовершенства методов отведения мочи, органосохраняющее лечение может быть хорошей альтернативой органуосохраняющему, обеспечивая более высокое качество жизни.

Список литературы

1. Housset M., Dufour E., Maulard-Durtux C. // Concomitant 5-fluoracil (5-FU)-cisplatin (CDDP) and bifractionated split course radiation therapy (BSCRT) for invasive bladder cancer // Proc Am Soc Clin Oncol. – 1997. – Vol. 16. – P. 1139.
2. Rodel C., Grabenbauer G.G., Kuhn R. et al. // Combined-modality treatment and selective organ preservation in invasive bladder cancer: long-term results // J Clin Oncol. – 2002. – Jul. – Vol. 20(14). – P. 3061–3071.
3. Shipley W.U., Kaufman D.S., Zietman A.L. et al. Selective bladder preservation by combined modality therapy for invasive bladder cancer // Eur J Cancer. – 1995. – Vol. 31. – №5. – P. 239.
4. Shipley W.U., Kaufman D.S., Heney N.M. et al. An update of selective bladder preservation by combined modality therapy for invasive bladder cancer // Eur Urol. – 1998. – Vol. 33. – №4. – P.32–34.
5. Shipley W.U., Kaufman D.S., Zehr E. et al. Selective bladder preservation by combined modality protocol treatment: long-term outcomes of 190 patients with invasive bladder cancer // Urology. – 2002. – Vol. 5. – P. 236–242.
6. Weiss C., Wolze C., Engehausen D.G. et al. // Radiochemotherapy after transurethral resection for highrisk T1 bladder cancer: an alternative to intravesical therapy or early cystectomy // J Clin Oncol. – 2006. – Vol. 5. – P. 1041–1078.

7. Wittlinger M, Rodel C.M., Weiss C. et al. Quadri-modal treatment of high-risk T1 and T2 bladder cancer: transurethral tumor resection followed by concurrent radiochemotherapy and regional deep hyperthermia // Radiother Oncol. – 2009. – Vol. 93(2). – P. 358–635.

8. Zietman A.L., Grocela J., Zehr E. et al. Selective bladder conservation using transurethral resection, chemotherapy, and radiation: management and consequences of Ta, T1, and Tis recurrence within the retained bladder // Urology. – 2001. – Sep. – Vol. 58(3). – P. 380–385.

ПРИМЕНЕНИЕ ПОСТОЯННОГО ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

А.А. Калиев

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. М.Оспанова,
кафедра хирургических болезней №2

Калиев Асет Аскерович,

ассистент кафедры хирургических болезней №2,
030019, Казахстан, г. Актобе, ул. Маресьева, д. 68,
тел. 8 (7132) 77-60-09,
e-mail: aset_kaliyev@mail.ru

В данной работе проанализированы результаты экспериментальных исследований, выполненных на 28 беспородных собаках. У животных моделирование деструктивного панкреатита осуществляли каналикулярно-гипертензионным способом по С.А.Шалимову. Для решения поставленной цели выполнено 3 серии экспериментальных исследований. Первая серия (контрольная группа) - 8 собак без лечения, вторая серия (контрольная группа) - 10 собак, у которых проводился только комплекс медикаментозной терапии, третья серия (основная) - 10 собак. В комплексе лечения наряду с медикаментозной терапией использовали постоянный электрический ток (ПЭТ). Результаты исследований показали, что использование малых доз ПЭТ в комплексе лечения моделированного деструктивного панкреатита оказывает противовоспалительное действие, способствует ускоренному отторжению некротических тканей, стиханию воспалительного процесса, а также стимулирует регенеративные процессы в поджелудочной железе, тем самым позволяет снизить летальность у экспериментальных животных с 60% до 30%.

Ключевые слова: панкреатит, постоянный электрический ток, эксперимент, поджелудочная железа.

APPLICATION OF DIRECT CURRENT IN THE COMPLEX TREATMENT OF DESTRUCTIVE FORMS OF ACUTE PANCREATITIS

A.A. Kaliyev

M.Ospanov West Kazakhstan Medical University, Chair of Surgical Pathology №2

The results of experimental study which are performed to 28 breed dogs are analyzed in this project. Three series of experimental study were carried out for the solution of the object in view. The first series (control group): 8 dogs without treatment. The second series (control group): 10 dogs which have only passed through the complex with medication therapy. The third series (the basic one) - 10 dogs, the direct current was used in the complex of treatment together with medication therapy. On the assumption of experimental data it was discovered that the application of small dose of direct current in the complex of treatment exerts antiphlogistic action, assists to accelerated rejection of necrotic tissues and