

DOI: 10.24060/2076-3093-2017-7-3-20-25

РАННИЕ И ОТСРОЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ

И.Ф. Суфияров¹, М.А. Нуртдинов¹, Г.Р. Ямалова², Э.Р. Бакиров²

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Уфа, Россия

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 13», Уфа, Россия

Суфияров Ильдар Фанусович – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, декан педиатрического факультета; e-mail: ildars74@mail.ru; 450074, Уфа, ул. Заки Валиди, 32

Нуртдинов Марат Акдасович – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России; e-mail: nurtdinovma68@mail.ru

Ямалова Гузель Ришатовна – заведующая отделением рентгенологии ГБУЗ РБ ГКБ № 13; e-mail: guzon78@mail.ru; 450112, Уфа, ул. Нежинская, 28

Бакиров Эльдар Рифович – врач-хирург хирургического отделения ГБУЗ РБ ГКБ № 13; аспирант кафедры хирургических болезней ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России; e-mail: rifuly@mail.ru; Уфа, Россия, orcid.org/0000-0002-3692-2598

Введение. В связи с ростом количества и объемов хирургических вмешательств на органах брюшной полости, а также ростом сопутствующей патологии, приводящей к частым послеоперационным осложнениям, отмечается увеличение частоты и тяжести течения спаечной болезни брюшины. Основной целью работы является анализ ранних и отсроченных результатов хирургического лечения спаечной болезни брюшины.

Материалы и методы. В работу вошли данные ретроспективного анализа историй болезни 638 пациентов с экстренной хирургической патологией в период 1997-2008 гг, получавших медицинскую помощь на базе ГКБ №8 (г. Уфа) по поводу спаечной болезни брюшины. В общей структуре превалировала группа пациентов с острой кишечной непроходимостью (52%), требующих экстренного оперативного вмешательства. В зависимости от вида хирургического вмешательства оперированные пациенты были разделены на две группы: группа адгезиолизиса из 302 (91%) пациентов и группа адгезиолизиса+резекция кишки с анастомозом из 30 (9%) пациентов.

Результаты. Установлено, что ранние послеоперационные осложнения проявлялись в виде ранней спаечной кишечной непроходимости и несостоятельности швов анастомоза, которые требовали повторных хирургических вмешательств. В группе с проведенным адгезиолизисом такие вмешательства проведены 42 пациентам (14%). В группе анастомозов, были выделены 2 подгруппы. Осложнение возникло у 8 (27%) пациентов: в подгруппе двухрядных анастомозов у 6 (29%) пациентов, в подгруппе однорядных анастомозов у 2 (22%) пациентов.

Заключение. Отмечено, что частота ранних осложнений после наложения анастомозов остается на высоком уровне (27%) и достоверно не отличается как с применением двухрядного (29%), так и с применением однорядного кишечного шва (22%). Отсроченные результаты демонстрируют возврат симптомов в течение первого года у 217 (47%) пациентов. А высокая частота формирования клинических проявлений спаечной болезни брюшины у 68% пациентов сохраняется еще на протяжении двух лет после оперативного вмешательства.

Ключевые слова: спаечная болезнь брюшины, хирургическое лечение, анастомоз хирургический, послеоперационные осложнения

EARLY AND LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PERITONEAL ADHESIONS. RETROSPECTIVE ANALYSIS

Ildar F. Sufiyarov¹, Marat A. Nurtdinov¹, Guzel R. Yamalova², Eldar R. Bakirov²

¹ Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

² City Clinical Hospital № 13, Ufa, Russian Federation

Sufiyarov Ildar Fanusovich – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Surgical Diseases Department of Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Bashkir State Medical University of Russian Healthcare, Head of Pediatric Faculty, 32 Zaki Validi str., Ufa, Russian Federation, 450074; e-mail:ildars74@mail.ru

Nurtdinov Marat Akdasovich – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Surgical Diseases Department of Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Bashkir State Medical University of Russian Healthcare, e-mail:nurtdinovma68@mail.ru

Yamalova Guzel Rishatovna – Head of the Radiology Department at State Budgetary Healthcare Institution City Clinical Hospital №13; 28 Nezhinskaya str., Ufa, Russia, 450112, e-mail:guzon78@mail.ru

Bakirov Eldar Rifovich – Surgeon of the Surgery Department at State Budgetary Healthcare Institution City Clinical Hospital №13, Postgraduate at the Surgical Diseases Department of Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Bashkir State Medical University of Russian Healthcare, Ufa, Russia; e-mail: rifuly@mail.ru; orcid.org/0000-0002-3692-2598

Introduction. Due to the growth in the number and volume of surgical interventions on abdominal organs, as well as associated pathology, resulting in frequent postoperative complications, there has been an increase in the frequency and severity of the current adhesive disease of peritoneum. The main purpose of the project is to analyze early and delayed results in surgical treatment of peritoneal adhesions.

Materials and methods. The work includes a retrospective analysis of data with emergency surgical pathology in the period 1997-2008 of 638 patients, that have undergone medical care regarding peritoneal adhesions at the clinic as a part of BSMU (city of UFA). In the total structure of patients the prevailing group was the one with acute ileus (52%), requiring emergency surgery. Depending on the type of surgery the operated patients were divided into two groups: an adheolysis group of 302 patients (91%); and a group of adhesiolysis + bowel resection with anastomosis of 30 patients (9%).

Results. The findings showed that the early postoperative complications manifested in the form of early adhesive intestinal obstruction and anastomotic dehiscence, requiring repeated surgeries. In the group with the adhesiolysis, such interference was carried out for 42 patients (14%). Anastomosis group has undergone complications in 8 patients (27%): the subgroup of double layer anastomosis - in 6 patients (29%), subgroup of single layer anastomoses - 2 patients (22%).

Conclusion. It has been noted that the frequency of early complications after anastomoses remains high (27%), and reliably is not different, as with the use of the double layer (29%), and with the use of single-layer intestinal stitch (22%). Deferred results demonstrate the return of symptoms during the first year in 217 patients (47%). And the high frequency to form clinical signs of peritoneal adhesions in 68% of patients still remains within two years after surgery.

Keywords: peritoneal adhesions, surgery, surgical anastomosis, postoperative complications

ВВЕДЕНИЕ

В связи с ростом количества и объемов хирургических вмешательств на органах брюшной полости, а также в связи с ростом сопутствующей патологии, приводящей к частым послеоперационным осложнениям, отмечаются увеличение частоты и тяжесть течения спаечной болезни брюшины [1,2]. На сегодняшний день данные об эффективности хирургического лечения спаечной болезни брюшины и ее осложнений достаточно противоречивы. С одной стороны, развитие кишечной непроходимости, бесплодия и хронических болей не оставляют других альтернатив хирургическому лечению [3,4,5]. С другой стороны, риск хирургического вмешательства в условиях спаечной болезни брюшины

является неблагоприятным фактом, сопряженным с высокой частотой осложнений. Krabben et al. [6] по результатам ретроспективного анализа установили 20% вероятность непреднамеренного повреждения кишечника при хирургическом адгезиоллизе. А согласно исследованию Ten Broek [7] хирургическое разрешение спаечной болезни брюшины повышает вероятность развития раневых инфекционных осложнений и формирования абсцессов даже при отсутствии явных повреждений органов брюшной полости и малого таза. В этой связи основной целью данной работы является анализ ранних и отсроченных результатов хирургического лечения осложненной спаечной болезни брюшины.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работу вошли данные ретроспективного анализа 20433 медицинских карт стационарных больных с экстренной хирургической патологией в период 1997-2008 гг, получавших медицинскую помощь на базе ГKB №8 (г. Уфа). Основным критерием включения пациентов в группу исследования являлось наличие у пациента различных форм спаечной болезни брюшины (СББ). На проведение исследования получено разрешение этического комитета Башкирского государственного медицинского университета. Обязательным условием являлось информированное согласие пациентов на участие в данном исследовании.

Таблица 1 - Клинические и демографические характеристики пациентов со спаечной болезнью брюшины

Характеристика	Пациенты с установленным диагнозом, n=638
Возраст ± SD, годы	52,1±13,7
Мужской пол, n (%)	245 (38,0)
Данные анамнеза, связанные с фактом обращения за медицинской помощью по мнению пациентов, n (%)	
Избыточная физическая нагрузка	204 (32,0)
Нарушение режима питания	277 (43,4)
Обострение сопутствующих хронических заболеваний органов брюшной полости	157 (24,6)
Перенесенные заболевания, предшествующие СББ, n (%)	
Острый аппендицит	187 (29,3)
Острая кишечная непроходимость	54 (8,5)
Язвенная болезнь желудка	43 (6,7)
Язвенная болезнь 12-перстной кишки	32 (5,1)
Калькулезный холецистит	21 (3,3)
Вентральная, паховая грыжи	25 (3,9)
Острая спаечная кишечная непроходимость	20 (3,2)
Рак матки	29 (4,5)
Фибромиома матки	23 (3,6)
Киста яичника	19 (2,9)
Внематочная беременность, гнойный сальпингоофорит	36 (5,7)
Разлитой перитонит	70 (10,9)
Патология беременности и родов	14 (2,3)
Закрытая травма живота	64 (10,1)
Возраст (%)	
<30	121 (19,0)
31-40	147 (23,0)
41-50	183 (29,0)
51-60	74 (11,0)
61-70	63 (10,0)
>70	50 (8,0)

Ретроспективный анализ данных 20433 пациентов, обратившихся за медицинской помощью, демонстрирует, что спаечная болезнь брюшины стала причиной обращения у 638 пациентов (табл. 1), что составляет 3,1% из них 245 (38%) пациентов мужчин и 393 (62%) - женщины. Следует отметить, что более половины пациентов (52%) составили возрастную группу 31-50 лет, расширение возраста до критерия трудоспособности повышает количество пациентов до 82% от общего количества больных со спаечной болезнью брюшины. В таблице 2 представлено распределение пациентов в зависимости от пола и возраста. Несмотря на преобладание в выборке женщин (62%), распределение по возрасту в группах мужчин и женщин не различается.

Таблица 2 - Структура пациентов с клиническими проявлениями спаечной болезни брюшины в зависимости от возраста и пола

Пол	Возраст, годы					
	<30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70
Женщины, n = 393	72 (18%)	86 (22%)	110 (28%)	47 (12%)	43 (11%)	35 (9%)
Мужчины, n = 245	49 (20%)	61 (25%)	73 (30%)	27 (11%)	20 (8%)	15 (6%)
Всего, n = 638	121 (19%)	147 (23%)	183 (29%)	74 (11%)	63 (10%)	50 (8%)

Анализ анамнестических данных демонстрирует, что большинство пациентов связывает ухудшение своего состояния с алиментарными факторами (32,0%) и избыточной физической нагрузкой (43,4%), что, возможно, обуславливает сезонный характер клинических проявлений спаечной болезни брюшины (рис. 1).

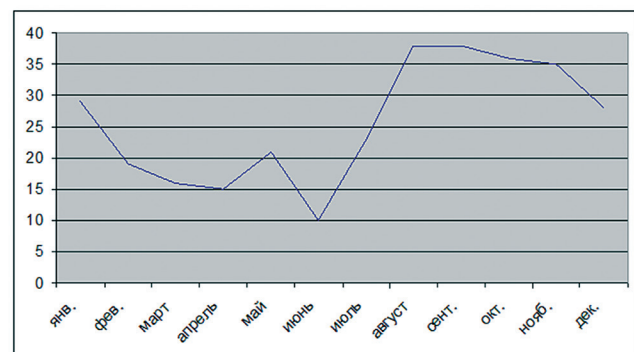


Рисунок 1 - Распределение больных с клиникой спаечной болезни брюшины в зависимости от месяца в течение года.

Учитывая факт, что на степень и локализацию спаечного процесса оказывают влияние число и разновидность перенесенных ранее хирургических вмешательств [8,9], представили обобщенные показатели данных анамнеза (табл. 3). Все исследованные пациенты перенесли минимум одно лапаротомное хирургическое вмешательство.

Таблица 3 – Количество предыдущих оперативных вмешательств

Количество операций	Женщины, %		Мужчины, %		Всего	
					абс.	%
Одна	204	52	130	53	334	52,3
Две	114	29	61	25	175	27,4
Три	59	15	29	12	88	13,7
Четыре	-	-	22	9	22	3,6
Пять	16	4	3	1	19	3,0
Всего ...	393	100,0	245	100,0	638	100,0

Результаты исследования обработаны с применением статистического пакета «Statistica 10,0» (StatSoft Inc, США). Неблагоприятные исходы или послеоперационные осложнения проанализированы с использованием однофакторной модели логит-анализа с последующей оценкой отношения шансов (OR) и 95% доверительных интервалов (CI). Анализ выживаемости и летальности проведен по методу Каплана-Мейера с расчетом 95% доверительного интервала (CI). Критический уровень значимости p для статистических критериев приняли равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Среди всех пациентов, госпитализированных с явлениями спаечной болезни брюшины, 332 (52,0%) потребовалось экстренное хирургическое вмешательство по поводу острой спаечной кишечной непроходимости. В зависимости от вида хирургического вмешательства, категорию оперированных пациентов разделили на две группы: группу из 302 (91%) пациентов, которым выполнили только рассечение спаек (с выведением и/или без выведения кишечной стомы), и группу из 30 (9%) пациентов, которым помимо адгезиолизиса была выполнена резекция кишки с анастомозом. В группе с резекцией кишки и наложением анастомоза определилось две подгруппы: первая подгруппа включала 21 (70%) пациент, которому произведен двухрядный анастомоз; второй подгруппы 9 (30%) пациентов оперировали с использованием атравматического шовного материала и однорядного анастомоза.

Ближайшие послеоперационные осложнения (ранняя спаечная кишечная непроходимость и несостоятельность швов анастомоза) требовали повторных хирургических вмешательств. В группе с проведенным адгезиолизисом такие вмешательства проведены 42 пациентам (14% от всей группы адгезиолизиса). В группе анастомозов осложнение возникло у 8 пациентов (27%): в подгруппе двухрядных анастомозов у 6 пациентов (29% от всех двухрядных), в подгруппе однорядных анастомозов у 2 пациентов (22% от всех однорядных) (табл. 4).

Таблица 4 – Структура оперированных пациентов со спаечной болезнью брюшины в зависимости от вида хирургического вмешательства и осложнений

Рассечение спаек с выведением или без выведения кишечной стомы, $n=302$	Рассечение спаек + резекция кишки с анастомозированием, $n=30$	
	Двухрядный анастомоз, $n=21$	Однорядный анастомоз с использованием атравматического шовного материала, $n=9$
Послеоперационные осложнения (ранняя спаечная кишечная непроходимость, несостоятельность анастомоза)		
42 (14%)	6 (29%)	2 (22%)

Летальность в раннем послеоперационном периоде составила 14% ($n=46$), что полностью соотносится с данными других авторов [10,11]. При этом 86% пациентам, скончавшимся в первые 28 суток, требовались повторные хирургические вмешательства в связи с развившимися послеоперационными осложнениями. У 26 (57,0%) пациентов причина смерти была непосредственно связана со спаечной болезнью брюшины и проведенным хирургическим вмешательством, у 20 (43,0%) пациентов смерть наступила в связи с декомпенсацией имеющейся сопутствующей патологии, несмотря на корректирующую терапию, профилактику тромбоэмболических осложнений, мониторинг и динамическое наблюдение врачей соответствующих профильных специальностей [12-14].

Однофакторный анализ выявил наличие связи между госпитальной смертностью и следующими факторами: две и более операций по поводу хирургического осложнения (OR 5,4, $p=0,01$), экстренное хирургическое вмешательство (OR 8,1, $p=0,01$), развитие шока в дооперационном периоде (OR 21, $p<0,01$). Анализ доступной литературы свидетельствует, что экстренная повторная операция и рефрактерный шок являются независимыми предикторами летальности независимо от типа хирургической патологии [15].

Анализ отсроченных результатов демонстрирует, что у 462 пациентов регистрировался возврат клинических проявлений спаечной болезни брюшины. Время первых клинических проявлений от момента предшествующей операции представлено в таблице 5.

Таблица 5 – Сроки появления клинических признаков спаечной болезни брюшины после операции

Время первых клин. симптомов	> 6 месяцев	7-12 месяцев	1-2 года	> 2 лет	Всего
Кол-во пациентов (%)	129 (28)	88 (19)	97 (21)	148 (32)	462 (100)

Первые симптомы в течение первого года отмечались у 217 (47%) больных. Высокая частота формирования клинических проявлений СББ сохраняется в первые 2 года после операции у 314 (68%) пациентов. Очевидна закономерность снижения проявлений клиники СББ с увеличением времени, которое прошло после последнего хирургического вмешательства, что полностью соотносится с данными других авторов. Согласно данным Foster et al. в течение первого года госпитализируются повторно до 12% пациентов, получивших консервативную терапию, и до 8% пациентов, подвергшихся хирургическому лечению [16].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, анализ ранних и отсроченных результатов хирургического лечения осложнений спаечной болезни брюшины демонстрирует, что ранняя летальность, составляющая порядка 14%, обусловлена только в половине случаев хирургическими причинами. По данным однофакторного анализа предикторами ранней летальности определены двумя и более операциями по поводу хирургического осложнения (OR 5,4, $p=0,01$), экстренным хирургическим вмешательством (OR 8,1, $p=0,01$), развитием шока в дооперационном периоде (OR 21, $p<0,01$). Частота ранних осложнений после наложения анастомозов остается на высоком уровне (27%) и достоверно не отличается как с применением двухрядного (29%), так и с применением однорядного кишечного шва (22%). Отсроченные результаты демонстрируют возврат симптомов в течение первого года у 217 (47%) пациентов. А высокая частота формирования клинических проявлений спаечной болезни брюшины у 68% пациентов сохраняется еще на протяжении двух лет после оперативного вмешательства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ/REFERENCES

1. Плечев ВВ, Латыпов РЗ, Тимербулатов ВМ, и др. Хирургия спаечной болезни брюшины (руководство). Уфа:Башкортостан;2015. 748 с. [Plechev VV, Latypov RZ, Timerbulatov VM, et al. Surgery of peritoneal adhesion (manual). Ufa: Bashkortostan; 2015. 748 p. (in Russ.).]
2. Хасанов АГ, Бадретдинов АФ, Нуртдинов МА, Бакиев ИМ. Результаты миниинвазивных вмешательств при повторных операциях на органах брюшной полости. Хирургия. 2006;(11):29-32. [Khasanov AG, Badretdinov AF, Nurtdinov MA, Bakiev IM. Results of mini-invasive surgical procedures at abdominal reoperation. Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova=Journal Surgery named after N.I. Pirogov. 2006;(11):29-32 (in Russ.).]
3. Ten Broek RP, Issa Y, van Santbrink EJ, Bouvy ND, Kruitwagen RF, Jeekel J, et al. Burden of adhesions in abdominal and pelvic surgery: systematic review and met-analysis. BMJ. 2013;347:f5588. DOI: 10.1136/bmj.f5588.
4. Muffly TM, Ridgeway B, Abbott S, Chmielewski L, Falcone TJ. Small bowel obstruction after hysterectomy to treat benign disease. Minim

Invasive Gynecol. 2012;19(5):615-9. DOI: 10.1016/j.jmig.2012.05.011.

5. Lower AM, Hawthorn RJ, Clark D, Boyd JH, Finlayson AR, Knight AD, et al. Adhesion-related readmissions following gynaecological laparoscopy or laparotomy in Scotland: an epidemiological study of 24046 patients. Hum Reprod. 2004;19:1877-85. DOI: 10.1093/humrep/deh321.

6. Van Der Krabben AA, Dijkstra FR, Nieuwenhuijzen M, Reijnen MM, Schaapveld M, Van Goor H. Morbidity and mortality of inadvertent enterotomy during adhesiotomy. Br J Surg. 2000;87:467-471. DOI: 10.1046/j.1365-2168.2000.01394.x.

7. Ten Broek RP, Strik C, Issa Y, Bleichrodt RP, van Goor H. Adhesiolysis-related morbidity in abdominal surgery. Ann Surg. 2013;258:98-106. DOI: 10.1097/SLA.0b013e31826f4969.

8. Липатов ВА, Петлах ВИ, Наимзада МДЗ, Затолокина МА, Сергеев АВ. Моделирование спаечного процесса брюшной полости в эксперименте. Детская хирургия. 2015;19(5):46-49. [Lipatov VA, Petlakh VI, Naimzada MDZ, Zatolokina MA, Sergeev AV. Modeling of intra-abdominal adhesion formation in experiment. Detskaya Khirurgiya=Russian Journal of Pediatric Surgery. 2015;19(5):46-49 (in Russ.).]

9. Суфияров ИФ, Хасанов АГ, Нуртдинов МА, Самородов АВ, Ямалова ГР. Высокий уровень гликозаминогликанов сыворотки крови как независимый предиктор развития спаечной болезни брюшины. Креативная хирургия и онкология. 2017;7(2):48-53. [Sufiyarov IF, Khasanov AG, Nurtdinov MA, Samorodov AV, Jamalova GR. High level of glycosaminoglycans of blood serum as an independent predictor of the developing peritoneum adhesive disease. Creative surgery and oncology. 2017;7(2):48-53 (in Russ.). DOI:10.24060/2076-3093-2017-7-2-48-53.

10. Strik Ch, Stommel M, Ten Broek R, van Goor H. Adhesiolysis in patients undergoing a repeat median laparotomy. Dis Colon Rect. 2015;58(8):792-8. DOI: 10.1097/DCR.0000000000000405.

11. Костырной АВ, Гройзик КЛ, Мустафаева СР. Спаечная болезнь брюшины: настоящее и будущее проблемы. Таврический медико-биологический вестник. 2013;16(1-3):262-267. [Kostirnoy AV, Groyzik KL, Mustafaeva SR. Adhesive disease of peritoneum: present and future problems. Tavricheskiy mediko-biologicheskiiy vestnik. 2013;16(1-3):262-267 (in Russ.).]

12. Золотухин КН, Поляков ИВ, Самородов АВ. Сравнительный анализ мониторинга центральной гемодинамики монитором МПР 6-03 «Тритон» и «Picco Plus». Тольяттинский Медицинский Консилиум. 2012;(3-4):19-23. [Zolotukhin KN, Polyakov IV, Samorodov AV. Comparative analysis of circulatory dynamics monitoring with heartbeat monitor «Triton» vs. «PiccoPlus». Togliatti Medical Consultation. 2012;3-4:19-23 (in Russ.).]

13. Ураков АЛ, Самородов АВ, Камилов ФХ, Мустафин ИГ, Халиуллин ФА. Особенности экспрессии P-селектина и агрегации тромбоцитов под действием лекарственных препаратов. Фармация. 2017; 66(3):43-46. [Urakov AL, Samorodov

AV, Kamilov FK, Mustafin IG, Khaliullin FA. P-selectin expression of and platelet aggregation under the action of drugs. Pharmacy. 2017; 66(3):43-46 (in Russ.).

14. Ураков АЛ, Самородов АВ, Камиллов ФХ, Халиуллин ФА. Полирегиональная агрегатометрия крови пациентов с острым тромбозом, как потенциальная модель доклинических исследований новых корректоров системы гемостаза ex vivo. Регионарное кровообращение и микроциркуляция. 2017;16(1):65-71. [Uraikov AL, Samorodov AV, Kamilov FK, Khaliullin FA. Polyregional aggregatometry of blood in patients with acute thrombosis as a potential

model for preclicinal studies of new correctors of hemostasis system ex vivo. Regional Haemodynamics and Microcirculation. 2017;16(1):65-71 (in Russ.).]

15. Leontyev S, Davierwala PM, Krgh G, Feder S, Oberbach A, Bakhtiary F, et al. Early and late outcomes of complex aortic root surgery in patients with aortic root abscesses. Eur J Cardiothorac Surg. 2016;49(2):447-55. DOI: 10.1093/ejcts/ezv138.

16. Foster NM, McGory ML, Zingmond DS, Ko CY. Small bowel obstruction: a population-based appraisal. J Am Coll Surg. 2006;203:170-176. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2006.04.020.

DOI: 10.24060/2076-3093-2017-7-3-25-29

ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ш.Х. Ганцев¹, К.Р. Умарова², Д.Т. Арыбжанов²

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Уфа, Россия

² Южно-Казахстанский областной онкологический диспансер, Шымкент, Казахстан

Ганцев Шамиль Ханафиевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии с курсами онкологии и патологической анатомии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия, orcid.org/0000-0003-2047-963X, e-mail: kafonso@mail.ru, тел.: +7 (347) 248-32-07

Умарова Карлыгаш Раушановна – врач отделения химиотерапии Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера, Шымкент, Казахстан, e-mail: karlygash.umarova@mail.ru, тел./факс: +7 (7252) 36-11-13

Арыбжанов Дауранбек Турсункулович – кандидат медицинских наук, заведующий отделением химиотерапии и эндоваскулярной онкологии Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера, Шымкент, Казахстан, e-mail: davran_a@mail.ru, тел./факс: +7 (7252) 36-11-13

Введение. Рак молочной железы в настоящее время является наиболее часто встречающимся злокачественным новообразованием, с ежегодно увеличивающимися показателями заболеваемости. Одним из новых, перспективных и малоинвазивных направлений лечения рака молочной железы является селективная внутриартериальная химиотерапия. Основной целью данной работы является анализ результатов внутриартериальной химиотерапии у 30 пациенток с раком молочной железы за период 2004-2006 гг.

Материалы и методы. Внутриартериальную химиотерапию проводили путем селективной катетеризации внутренней грудной артерии, кровоснабжающей зону опухолевого поражения молочной железы. Применялась общепринятая схема химиотерапии – Таксотер 75мг/м² + Доксорубин 60мг/м² в дозировках для внутривенного введения, скорость инфузии составляла 800-1000 мл/ч. Последовательное внутриартериальное введение химиопрепаратов занимало 3-4 часа. Предоперационная химиотерапия состояла из 4 курсов. Интервал между курсами составлял 3 недели.

Результаты. В результате лечения после 2-х курсов химиотерапии частичная регрессия процесса отмечена у 19 (63,3%), стабилизация у 11 (36,7%) больных. После 4-х курсов лечения полная регрессия отмечена у 15 (50%) больных, частичная регрессия у 12 (40%) больных, стабилизация процесса у 3 (10%) больных. В результате вышеуказанного вида лечения 27 (90%) больным удалось провести радикальную мастэктомию.

Заключение. Применение внутриартериальной химиотерапии у пациентов в поздних IIIa, IIIb стадиях рака уже после 2-х курсов терапии способствует достижению частичной регрессии. Однако, несмотря на эффективность метода, внутриартериальная химиотерапия является лишь этапом, предшествующим лучевому или хирургическому лечению, поэтому данный метод должен применяться как начальное и важное звено комплексного лечения рака молочной железы.