

го поколения (оксалиплатина) в комбинации с таксанами (паклитакселом) позволяют признать перспективность использования этой схемы лечения при рецидивах рака яичников.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ РЕГИОНАРНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА

А.М. Юсупов, Д.Т. Арыбжанов, Ш.А. Калдыбаева

Южно-Казахстанский ООД, г. Шымкент, Казахстан

Рак пищевода занимает четвертое место в структуре заболеваемости и смертности злокачественными опухолями в Республике Казахстан, составляя 9,5-10,5 на 100 тыс. населения. В ЮКО в структуре злокачественных новообразований рак пищевода занимает 4-е место. Лечение рака пищевода остается одной из актуальных проблем современной онкологии, несмотря на определенные успехи, в этой области, достигнутые за последние годы.

Цель исследования: оценить непосредственные результаты предоперационной химиотерапии у больных раком пищевода по данным Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера.

Материал и методы.

Мы проанализировали непосредственные результаты предоперационной регионарной химиотерапии у 30 больных раком пищевода в возрасте 45-68 лет за период 2004-2008гг. Мужчин было 19 больных, женщин 11 больных. У всех больных была условно неоперабельная III стадия процесса ($T_{3-4}N_2M_0$) с поражением средне грудного отдела пищевода и регионарных лимфатических узлов. Морфологически у всех пациентов отмечен плоскоклеточный рак. Всем пациентам пред операцией в плане комбинированного лечения проведена регионарная химиотерапия по схеме Таксотер 75мг 1й день, Цисплатин 75мг 1й день. Учитывая топографо-анатомическое расположение пищевода и особенности кровоснабжения пищевода регионарную химиотерапию решили проводить в грудной отдел аорты. Чресбедерным доступом по Сельдингеру катетер проводили ретроградно в грудную аорту до уровня тел Th-III и Th-IV грудных позвонков. Оценку результатов предоперационной химиотерапии проводили после 2-х курсов лечения.

Результаты. После 2-х курсов предоперационной химиотерапии у 18 больных отмечена частичная регрессия процесса, у 7 больных стабилизация процесса и у 5 больных прогрессирование процесса. В последующем 22 больным с частичной регрессией и стабилизацией процесса удалось произвести радикальную операцию – субтотальную резекцию пищевода с 2-х зональ-

ной лимфодиссекцией торако-лапаротомным доступом. 2 больным со стабилизацией процесса провели радикальную лучевую терапию РОД 2 Грей, СОД 60 Грей. 5 больным с прогрессированием процесса провели гастростомию с паллиативной лучевой терапией РОД 2 Грей, СОД 45-55 Грей. Летальность после радикальной операции составила 3 больных. В послеоперационном периоде в сроки от 1 месяца 20 больным проведена адьювантная лучевая терапия по 2Грей до СОД 44Грей.

При динамическом наблюдении одногодичная летальность составила 5 больных, что в основном связано с возникновением локо-региональных метастазов и прогрессирования процесса. При контрольном осмотре остальные 13 больных живут 3 года.

Выводы. Таким образом, применение предоперационной регионарной химиотерапии по схеме Таксотер + Цисплатин увеличивает операбельность процесса. Комбинированное лечение (предоперационная регионарная химиотерапия + операция + лучевая терапия) рака пищевода является одним из радикальных методов лечения, которая позволяет снизить частоту местных рецидивов и повышает трехлетнюю выживаемость больных.

РЕАБИЛИТАЦИЯ

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛАРИНГЭКТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

В.Н. Жданов, Н.А. Шаназаров, А.А. Кельн

Тюменский ООД
Тюменская ГМА

Среди злокачественных опухолей головы и шеи рак гортани занимает первое место и чаще встречается у лиц трудоспособного возраста (от 30 до 60 лет). Большинству из них устанавливают диагноз, когда заболевание переходит в III-IV стадию и консервативное лечение становится невозможным. Основным методом лечения рака гортани в данных обстоятельствах является ларингэктомия. Данная операция оправдана с онкологических позиций, но приводит больного к глубокой инвалидизации, наносит ему тяжелую психическую травму, лишает его возможности полноценного общения с окружающими.

Цель исследования: изучение качества жизни ларингэктомированных пациентов до и после восстановления голоса методом трахеопищеводного шунтирования с протезированием.

Материалы и методы.

В исследование включены 30 пациентов раком гортани $T_3N_{0-1}M_0$, разделенные на 2 группы. Первая группа состояла из 10 ларингэктомиро-

ванных пациентов после завершения голосовой реабилитации методом (трахеопищеводного шунтирования с протезированием) ТПШП. Вторая группа – из 20 пациентов, получивших комбинированное лечение. Возраст обследуемых варьировал от 43 до 77 лет, 70% из них были трудоспособного возраста. Всем пациентам проводили восстановление голосовой функции по методике ТПШП, которое рекомендуется через год после ларингоэктомии при отсутствии рецидива и метастазов. Данный метод позволил вернуть утраченную речевую функцию 95% пациентов. Качество жизни изучалось в рамках международного протокола EORTS. Использован общий опросник EORTC QLQ-C30 (version 3.0) и специфический для больных с опухолями головы и шеи — QLQ-H&N 35. Статистическую обработку проводили с помощью средних значений показателей. Достоверность различий оценивалась по t-критерию Стьюдента, различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

У пациентов II группы отмечалось снижение общего статуса здоровья до $47,45 \pm 4,6$ балла, обусловленное тяжестью заболевания и выраженностью функциональных расстройств. После хирургического лечения и голосовой реабилитации данный показатель составил $70,55 \pm 7,7$ баллов. Показатель физического функционирования пациентов на момент начала комбинированного лечения составлял $77,45 \pm 6,0$ балла. Проведение комплексных реабилитационных мероприятий, включающих восстановление голосовой функции, позволили улучшить физическое состояние у I группы пациентов до $80,45 \pm 6,7$ баллов. Наличие опухолевого процесса, ожидание калечащей операции существенно ухудшало эмоциональное состояние на дооперационном этапе, что снизило показатель качества жизни до $55,55 \pm 5,8$ балла. После восстановления голосовой функции данный показатель повысился до $78,95 \pm 4,3$ баллов. Уровень социального функционирования у пациентов II группы составил $69,85 \pm 3,7$ балла, а после голосовой реабилитации – $82,45 \pm 5,4$ баллов. При анализе симптоматических шкал отмечается значительное уменьшение нарушения после ларингоэктомии с последующим ТПШП: затруднение речевого общения в быту и разговоре по телефону снизилось в 4 раза (с $65,35 \pm 9,4$ до $16,3 \pm 4,6$); по шкале «общение в быту» обнаружилось снижение проблем с речью в 6 раз (с $51,4 \pm 6,9$ до $8,7 \pm 1,6$); болевые ощущения после окончания голосовой реабилитации уменьшились в 2,5 раза (с $40,57 \pm 5,4$ до $15,56 \pm 3,6$); частота возникновения одышки снизилась в 5 раз (с $55,72 \pm 8,4$ до $10,56 \pm 1,2$); проблемы с глотанием жидкой и твердой пищи уменьшились в 4 раза (с $40,45 \pm 5,8$ до $10,51 \pm 2,3$). Изменения после ларингоэктомии определялись не только клинически, но и имели свои морфологические проявления в виде при-

знаков хронического продуктивного воспаления, нарушения структуры и функции реснитчатого эпителия, сопровождались явлениями метаплазии и дисплазии эпителия. Голосовые протезы в отделении устанавливаются на протяжении 5 лет, и контингент пациентов составил 37 человек. Минимальный срок между ларингоэктомией и голосовым протезированием составил 4 месяца. При анализе длительности срока службы голосовых протезов в группе пациентов с последовательно установленным пятым протезом, минимальный срок составил 2 месяца, а максимальный – 23 месяца. Минимальный период функционирования объясняется тем, что имелся воспалительный процесс в области трахеостомы и постоянное дополнительное инфицирование протеза и дыхательных путей сокращали срок службы. По мнению Е.А. Новожиловой (2009), протезы выходят из строя и требуют замены в результате поражения грибковой микрофлорой и патогенными бактериями. Бактериологическое исследование выявило контаминацию *St.aureus* (39,4%), *En. faecalis* (22,75%), *P.aeruginosa* (15,5%), которые образуют колонии и нарушают работу клапанного механизма, внедряясь в глубже лежащие слои протеза. Доля *C.albicans* составила 46%, в то время как другие микроорганизмы были так называемыми non-albicans, обладающие значительной устойчивостью к антимикотическим препаратам. Средняя продолжительность функционирования первого голосового протеза у всех пациентов составила 15,4 месяцев, второго – 15,6 месяцев, третьего – 8,7 месяцев, четвертого – 7,2 месяца. Таким образом, наблюдается четкая зависимость между сроком службы и кратностью установки голосовых протезов, что может свидетельствовать о стойком органическом поражении клапанного механизма. В процессе работы с ТПШП были обнаружены осложнения: рост грануляций и погружение протеза в просвет шунта наблюдались в 25% случаев, протекание жидкости через протез – 60%. Следует отметить, что у ряда пациентов имеется сочетание признаков порчи протеза.

Вывод. Таким образом, в методе голосовой реабилитации достигнуты значительные результаты, позволяющие улучшить качество жизни и уровень социальной активности пациентов после ларингоэктомии. Формирование своеобразного клинко-морфологического комплекса в дыхательных путях, требует на новом этапе реабилитации их коррекции, причем не только медикаментозными средствами, но и использованием дыхательных фильтров.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИСКУССТВЕННЫХ МАТЕРИАЛОВ

А.Г. Синяков, Ю.И. Гольдман, О.Н. Царев