



Вестник

ВОЛГОГРАДСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор –

В. И. Петров, академик РАМН

Зам. главного редактора –

М. Е. Стаценко, профессор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

А. Р. Бабаева, профессор
А. Г. Бебуришвили, профессор
А. А. Воробьев, профессор
С. В. Дмитриенко, профессор
В. В. Жура, доцент
М. Ю. Капитонова, профессор
(научный редактор)
С. В. Клаучек, профессор
Н. И. Латышевская, профессор
В. Б. Мандриков, профессор
И. А. Петрова, профессор
В. И. Сабанов, профессор
Л. В. Ткаченко, профессор
С. В. Туркина (ответственный секретарь)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А. Б. Зборовский, академик РАМН
(Волгоград)
Л. И. Кательницкая, профессор
(Ростов-на-Дону)
Н. Н. Седова, профессор
(Волгоград)
А. А. Спасов, чл.-кор. РАМН
(Волгоград)
В. П. Туманов, профессор
(Москва)
А. К. Косоуров, профессор
(Санкт-Петербург)
Г. П. Котельников, академик РАМН
(Самара)
П. В. Глыбочко, чл.-кор. РАМН
(Саратов)
В. А. Батулин, профессор
(Ставрополь)

3 (27)

**ИЮЛЬ —
СЕНТЯБРЬ
2008**

VOX
AUDITA LAETET,
LITTERA SCRIPTA
MANET
ИЗДАТЕЛЬСТВО
ВОЛГМУ

УДК 616.3-006.6:616-08-039.75

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПАЛЛИАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАКА ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

А. Ю. Ненарокомов, А. Ю. Мудрый, А. И. Иванов

Кафедра онкологии с курсом онкологии ФУВ Волгоградского государственного медицинского университета и Волгоградский областной клинический онкологический диспансер №1.

Обзор литературы посвящен современному состоянию проблемы паллиативного лечения злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: паллиативное лечение, желудочно-кишечный тракт, рак пищевода, рак желудка, рак толстой кишки.

MODERN ASPECTS OF PALLIATIVE TREATMENT OF GASTRO-INTESTINAL CANCER

A. Yu. Nenarokomov, A. Yu. Mudriy, A. I. Ivanov

Review is devoted to modern problems of palliative treatment of malignant tumors of gastro-intestinal tract.

Key words: palliative treatment, gastro-intestinal tract, esophageal cancer, stomach cancer, colorectal cancer.

Злокачественные образования органов желудочно-кишечного тракта в большинстве стран мира занимают одно из ведущих мест в структуре онкологической заболеваемости. Так, в России среди десяти наиболее часто встречающихся опухолей человека рак желудка, толстой кишки и пищевода занимает соответственно II, IV и VI место. Более половины больных со злокачественными новообразованиями органов желудочно-кишечного тракта при первичном обращении к врачу имеют запущенную стадию заболевания. Борьба за продление жизни этих пациентов в условиях удовлетворительного качества является насущной задачей современной онкологии [3, 22, 33, 37, 51, 55].

Развитие хирургической техники и разработки последних десятилетий ведущих фармацевтических компаний мира позволили в определенной мере улучшить положение с паллиативным лечением больных распространенными и диссеминированными формами рака основных локализаций, но состояние паллиативной помощи в настоящее время еще далеко от удовлетворительного [3, 9, 22, 25, 39].

В современной литературе не существует четкого разделения между паллиативным и симптоматическим лечением онкологических больных. Все медицинское сообщество четко определяет радикальное лечение как лечение, направленное на полное удаление опухоли и излечение больного. В то же время некоторые авторы к методам паллиативного лечения

относят и борьбу с болевым синдромом, и ликвидацию кишечной непроходимости, и оргауноносящую операцию на фоне метастатического процесса. Подобные различия в трактовке основополагающих терминов приводят к разночтениям в подходах к лечению больных злокачественными новообразованиями и зачастую к невозможности сравнения и анализа получаемых результатов [3].

В онкологической клинике ВолГМУ существует следующая градация тактического подхода к лечению онкологических больных:

РАДИКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ — полное удаление первичного очага с целью клинического излечения от злокачественного новообразования.

ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ — удаление первичной опухоли на фоне отдаленных метастазов с целью уменьшения массы злокачественных клеток для профилактики фатальных осложнений и создания условий для противоопухолевой терапии.

СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ — лечение, направленное на повышение качества и длительности жизни, ликвидацию осложнений заболевания без воздействия на первичный очаг и метастазы (колостомия и обходной анастомоз при колоректальном раке, гастростомия при раке пищевода).

Таким образом, паллиативное лечение подразумевает под собой обязательное воздействие на опухоли и (или) ее метастазы и решает следующие задачи:

1. Ликвидация или профилактика угрожающих жизни осложнений рака: кровотечение, распад и перфорация опухоли, развитие стеноза и т. п.

2. Обеспечение стабильного состояния пациента для проведения полихимиотерапии.

3. Уменьшение размеров опухоли и сдерживание ее развития средствами последующей полихимио- и лучевой терапии.

4. Улучшение качества и продление жизни пациента.

Одним из основных элементов паллиативного лечения больных распространенными формами злокачественных новообразований является хирургический метод, который может применяться самостоятельно, но чаще является компонентом комбинированного лечения. Наряду с тем, что операция является, пожалуй, единственным способом ликвидации осложнений рака, этот метод несет на себе задачу циторедукции [1, 12, 18].

Вопрос о циторедукции в последние годы широко обсуждается, однако пока не пришли к единому понятию даже в терминологии. Само слово «редукция» обозначает уменьшение размеров органа, а по отношению к опухоли — уменьшение опухолевой массы. Впервые этот термин начали применять гинекологи для обоснования целесообразности частичного удаления опухоли яичников с последующим химиотерапевтическим лечением. Позднее этот термин распространился на лечение колоректальных новообразований и заболеваний других локализаций, когда опухоль удалялась не полностью. Так или иначе, смысл циторедуктивных операций состоит в максимальном удалении опухоли при диссеминированном ее распространении с обязательной последующей химиотерапией [12, 27].

Рак пищевода

Рак пищевода традиционно вызывает значительные трудности при определении лечебной тактики в отношении его распространенных форм. Большинство больных раком пищевода (70—85 %) к моменту поступления в хирургический стационар являются неоперабельными из-за распространенности опухолевого процесса, серьезных сопутствующих заболеваний или ослабленного состояния, обусловленного стенозирующим характером опухоли, приводящим к дисфагии и нарушению белкового, жирового, углеводного и водно-электролитного обмена [4, 8, 11, 19, 44, 47].

Сложные анатомические взаимоотношения этого органа, преимущественно пожилой возраст больных и тяжелое состояние пациентов в момент поступления являются мощными сдерживающими факторами для проведения лечения. Это приводит к тому, что в подавляющем числе клиник основной упор делается на проведение консервативных мероприятий (лекарственное, лучевое или химиолучевое лечение), а также на ликвидацию основных осложнений рака, прежде всего, дисфагии [10, 22].

Дистанционная лучевая терапия до последнего времени являлась основным методом паллиативного

лечения рака пищевода. В основном для этих целей используется гамма-излучение Co^{60} или тормозное излучение ускорителей с энергией пучка 4—45 МэВ в статическом или подвижном режиме. К сожалению, только у 20—40 % больных отмечается местный эффект. Применение модифицированных способов дистанционного лучевого воздействия (расщепленный курс, использование радиомодификаторов и радиопротекторов) также не привело к значительному улучшению результатов лечения, так как увеличение дозы нагрузки ограничено толерантностью окружающих здоровых тканей и ведет к повышению числа лучевых осложнений. В условиях традиционного фракционирования (2 Гр ежедневно 5 раз в неделю) для достижения заметного клинического эффекта необходима доза не менее 45 Гр. Как показывает практика, большая часть больных этой группы из-за общего ослабленного состояния не выдерживают полного курса лечения [10, 25].

Брахитерапия как метод внутрисветного (контактного) облучения обеспечивает значительно большую очаговую дозу в опухоли, чем в смежных тканях и органах. Внедрение в клиническую практику аппаратов для брахитерапии с шагающим источником вселяет определенные надежды на повышение эффективности паллиативного лучевого лечения рака пищевода. Местный терапевтический эффект от брахитерапии в сочетании с дистанционным облучением наблюдается у 56—71 % больных стенозирующим раком пищевода, а средняя продолжительность жизни пациентов составляет 13 мес.

В то же время в результате применения сочетанной лучевой терапии у большинства больных (до 80 %) развиваются осложнения. Наиболее часто (30 % и выше) возникают эзофагиты различной выраженности, а также рубцовые стриктуры (5—30 %). Значительно реже встречается образование пищеводно-трахеальных или пищеводно-бронхиальных свищей (5—10 %). Крайне редко встречаются кровотечения и перфорации [10].

Паллиативная химиотерапия с применением 5-фторурацила, метатрексата, адриамицина, блеомицина, митомицина С, цисплатина в монорежиме обычно вызывает непродолжительные до 2—4 месяцев ремиссии у незначительного числа больных. Использование комбинированных схем химиотерапии потенцирует частичный регресс опухоли у 15—40 % больных. При этом отмечается увеличение частоты и тяжести побочных эффектов полихимиотерапии: подавление кроветворения, желудочно-кишечные расстройства, стоматит, эзофагит. По данным литературы, наиболее оптимальное соотношение безопасности/эффективность отмечается при использовании сочетания 5-фторурацила и цисплатина, которое вызывает подавление развития опухоли в 25—40 % случаев [9, 27].

Определенные успехи были получены при применении химиолучевого лечения, при котором у $2/3$ больных отмечается 50%-я регрессия опухоли. Важным является и то обстоятельство, что при использовании хи-

миолучевого лечения удается снизить в 2—3 раза лучевую нагрузку, необходимую для половинной регрессии опухоли. Заслуживает серьезного внимания изучение эффективности эндоскопического интратуморального введения цитотоксических препаратов. В предварительных результатах отмечено ослабление дисфагии, увеличение среднего времени до прогрессирования и выживаемости больных [9, 27, 50].

Хирургический метод при паллиативном лечении больных распространенным раком пищевода в значительной степени преследует цель ликвидации основного осложнения этого заболевания — дисфагии. Это достигается либо путем формирования обходного анастомоза, или выполнения паллиативной операции, периодического бужирования стриктуры, реканализации стриктуры высокоэнергетическим лазером или фотодинамической терапией, установки в зону стриктуры стента, формирования гастростомы или комбинации различных сочетаний перечисленных мероприятий [19, 21, 26, 28, 46].

К паллиативными операциям из данного перечня следует относить проксимальные резекции и гастрэктомии с резекциями пищевода из комбинированного доступа, стремящиеся максимально уменьшить пул опухоли и тем самым создающие предпосылки для проведения комплексного лечения. Однако в доступной нам литературе перспектива выполнения подобных операций расценена как крайне низкая. В большинстве публикаций анализируются результаты «вынужденно» паллиативных операций при обнаружении элементов опухоли на границе резекции. Таким образом, вопрос о целесообразности и возможности выполнения паллиативных резекций пищевода по принципиальным соображениям в настоящее время окончательно не решен [21, 26, 47].

Распространенность гастростомии как метода ликвидации дисфагии обусловлена отсутствием значительных требований к анестезиологическому пособию и относительной простотой исполнения для большинства хирургов. Считается, что гастростомия всегда сохраняет свое ведущее значение. Однако данные ряда авторов убеждают, что безопасность этого метода является кажущейся, а число послеоперационных осложнений и летальности вполне сопоставимо с таковыми после больших и травматичных операций и составляет от 5 до 40 %. Кроме того, сама данная противоестественная процедура питания тяжело воспринимается больными, приводит к психоэмоциональной дезадаптации [21, 28, 47, 48, 50].

В настоящее время повышенное внимание в клинической онкологии для восстановления проходимости пищевода у неоперабельных онкологических больных уделяется стентированию (эндопротезированию) стенозированной области. По мнению ряда авторов, по сравнению с существующими на сегодняшний день паллиативными методами лечения таких больных стентирование пищевода более безопасно и легче перено-

симо для пациента, непосредственный клинический эффект более выражен, а длительность ремиссии значительно превосходит таковую при других паллиативных методах: бужирования стриктуры, баллонной гидродилатации, реканализации стриктуры высокоэнергетическим лазером или фотодинамической терапией [19, 32, 44, 47, 48, 58].

В настоящее время среди многообразия стентов выделяют три основных вида:

- 1) жесткие трубчатые стенты;
- 2) саморасправляющиеся гибкие стенты;
- 3) стенты с запоминанием формы.

В современной литературе мы не встретили публикаций, позволяющих судить об однозначном предпочтении выбора вида стентов. Так, жесткие эндопротезы обладают наименьшей стоимостью, но их установка сопряжена с относительно большим числом осложнений — 25,1—40,5 %. Для саморасправляющегося стента наиболее частым осложнением является неполное его раскрытие — 30—40 % случаев. Протезы без покрытия лучше фиксируются к стенке пищевода, но в 16—66 % случаев прорастают опухолью, что требует коагуляции рецидива или рестентирования опухоли. Покрытые стенты обычно предотвращают вращение опухоли, но для них характерна более частая миграция при расположении в кардиальном отделе желудка, наблюдаемая в 8—12 % случаев. Характерной отрицательной чертой эндопротезов с запоминанием формы является невозможность контролировать степень их раскрытия, что в 15—38 % случаев может приводить к разрыву опухоли. Высокая стоимость саморасправляющихся стентов и стентов с запоминанием формы не позволяет широко их использовать в практике [4, 19, 20, 21, 46, 60].

В Волгоградском областном клиническом онкологическом диспансере №1 (ВОКОД) применяется агрессивный хирургический подход, сочетающий активную тактику по паллиативному удалению распространенного рака пищевода у компенсированных больных, а также стентирование опухолевых стриктур у ослабленных и истощенных пациентов. В настоящее время мы располагаем опытом выполнения 46 паллиативных резекций пищевода с летальностью 13 % и 116 случаями эндопротезирования (в том числе 16 из трансплеврального доступа) с летальностью 2,5 % [40].

Рак желудка

Основным и практически единственным методом радикального лечения рака желудка остается хирургическое вмешательство, которое возможно лишь у 32—35 % больных при I и II стадии заболевания. В остальных случаях на момент установления диагноза речь идет о распространенном опухолевом процессе. При этом на долю диссеминированного рака приходится от 50 до 90 % случаев. К сожалению, у данной категории больных лечение зачастую сводится к констатации факта запущенного заболевания или симптоматической операции, направленной на ликвидацию

угрожающих жизни осложнений: стеноза, кровотечения, перфорации, дисфагии. При этом пятилетняя выживаемость данной категории больных не превышает 4 %, медиана продолжительности жизни составляет $(4,5 \pm 1,5)$ мес. [13, 36, 37, 51].

Неутешительные результаты лечения распространенного рака желудка определили необходимость поиска новых путей в решении этой проблемы. Основной тенденцией современной клинической онкологии в свете решения поставленной задачи явилось расширение показаний в пользу паллиативных операций за счет техники агрессивных хирургических вмешательств, направленных на максимально полное удаление первичной опухоли и ее метастазов. Подобные хирургические вмешательства позволяют продлить жизнь больному, предотвратить такие фатальные осложнения, как кровотечение из опухоли, перфорацию, дисфагию и стеноз выходного отдела. Устраняя или уменьшая болевой синдром, эти операции улучшают качество жизни пациентов. Будучи циторедуктивными, эти операции создают благоприятные условия для проведения последующего химиолучевого лечения [3, 13, 27, 35, 37, 52, 53].

За последние несколько десятилетий взгляды на целесообразность и возможные объемы паллиативных операций претерпели значительные изменения. Еще в середине XX века удаление органа считалось противопоказанным при местнораспространенном раке и наличии отдаленных метастазов. Исключение составляло выполнение резекции желудка как вынужденной меры при кровотечении, распаде опухоли, перфорации. Паллиативная гастрэктомия и паллиативная проксимальная субтотальная резекция считались операциями с неоправданно высоким риском, и в течение длительного времени опыт их выполнения ограничивался единичными наблюдениями [14, 25, 26, 48, 56].

В настоящее время частота выполнения паллиативных резекций, по сведениям различных авторов, составляет от 5 до 20 %, что свидетельствует об отсутствии единого мнения в этом вопросе. Нередко причиной отказа от резекции желудка или гастрэктомии служат единичные метастазы в печень, забрюшинные лимфатические узлы, брыжейку поперечной ободочной кишки, ограниченная диссеминация по брюшине, метастазы в другие органы брюшной полости [13, 33, 37, 39, 57].

Мы поддерживаем мнение большинства авторов о необоснованности такого подхода к лечению больных диссеминированным раком желудка. Опыт нашей клиники, основанный на результатах выполнения 170 паллиативных резекций желудка, гастрэктомий и операций большего объема позволяет однозначно высказаться в пользу активного хирургического подхода. Добившись стабильных непосредственных результатов, мы пропагандируем комбинированные паллиативные операции с резекцией смежных органов при вторичном их вовлечении в опухолевый процесс [42].

По данным многих исследователей, осложнения после паллиативных операций встречаются в 5,1—40 %, а летальность после паллиативных вмешательств колеблется от 4 до 31,6 % и не превышает таковую при радикальных операциях. Одновременно паллиативная операция позволяет продлить жизнь в среднем до 13,9 месяцев, а некоторые больные живут более 5 лет [13, 27, 38].

В ВОКОД летальность после паллиативных резекций желудка не превышает 1,5 %, после гастрэктомий — 1,6 %, после трансплевральных и комбинированных резекций нами не было получено ни одного летального исхода [41, 42].

Имеется положительный опыт хирургического лечения больных раком желудка с диссеминацией по брюшине. Анализ литературы последних лет позволяет с высокой степенью достоверности признать обоснованность выполнения паллиативных вмешательств у данной категории больных вплоть до гастрэктомии с одновременной субтотальной перитонэктомией. Это дает возможность в ряде случаев удалить все видимые глазом метастазы и создать максимально благоприятные условия для последующего лекарственного лечения [52, 53, 57].

Остается спорным вопрос о расширенных лимфодиссекциях при паллиативных резекциях желудка и гастрэктомиях. Если при радикальной операции расширенная лимфодиссекция улучшает отдаленные результаты, то целесообразность расширенной паллиативной операции до сих пор остается предметом дискуссии. Большинство исследователей склоняются к мысли о возможности выполнения лимфодиссекции при ограниченной диссеминации по брюшине и отсутствии метастазов в печени, что позволяет увеличить среднюю продолжительность жизни до 23,6 месяцев по сравнению с 11 месяцами при лимфодиссекции менее D2 [57].

Паллиативное лекарственное лечение больных метастатическим раком желудка составляет сложную клиническую проблему. Основной спектр препаратов, используемых в этом случае, включает в себя фторпиримидины (5-фторурацил, УФТ, капецитабин), антрациклиновые антибиотики (доксорубин, эпирубицин), платиносодержащие препараты (цисплатин, карбоплатин, оксалиплатин), митомицин С, этопозид [16, 17, 27, 35].

Несмотря на то обстоятельство, что в настоящее время отсутствует какой-либо лекарственный агент, лечебный опухоль или дающий высокий процент объективных ответов с увеличением выживаемости, получены данные, позволяющие рекомендовать паллиативное лекарственное лечение этой категории больных. Так, на основании проведенного мета-анализа 12 рандомизированных исследований отмечено преимущество химиотерапии перед симптоматическим лечением по выживаемости (5 месяцев против 10). В то же время ни один из используемых в исследованиях цитостатиков не имел явных преимуществ перед другими [59].

По данным других авторов, более оптимистические результаты были получены при применении комбинации доцетаксела, оксалиплатина, иринотекана с производными фторпиримидинов, а также при интраперитонеальном введении препаратов [49, 51].

Колоректальный рак

Колоректальный рак занимает одно из ведущих мест в структуре онкологической заболеваемости в России и в мире. Поздняя обращаемость больных этим заболеванием приводит к тому, что уже на этапе постановки диагноза у 20—60 % пациентов выявляются отдаленные метастазы. Результаты лечения этой категории больных малоудовлетворительны, и 5-летний рубеж переживают менее 10 % больных [1, 2, 15, 27, 40, 54].

В то же время биологические особенности злокачественных опухолей толстой кишки: медленный рост, позднее по сравнению с опухолями других локализаций метастазирование, а также успехи современной фармацевтической промышленности позволили наметить пути преодоления этой проблемы [30, 38].

Показательно, что выполнение паллиативных операций при распространенном колоректальном раке не влияет на структуру послеоперационных осложнений и послеоперационную летальность. Мы располагаем собственными данными о 147 паллиативных резекциях толстой кишки в различных модификациях с общей летальностью 0,8 %. Это сопоставимо с результатами обширных радикальных операций, производимых в большинстве онкологических клиник [5, 7, 23, 43].

Анализ мировой литературы демонстрирует возрастающий интерес к проблеме комбинированного лечения больных метастатическим раком ободочной и прямой кишок. Важным элементом этого направления является переход на позиции агрессивного хирургического воздействия на опухолевый процесс с целью достижения максимальной возможной циторедукции. До последнего десятилетия накоплен значительный хирургический опыт по выполнению паллиативных операций с одиночными (от 1 до 4) метастазами в печень, что позволило достичь 5-летней выживаемости у 17—20 % больных. Это обстоятельство позволило перейти к обсуждению о показаниях к паллиативному хирургическому лечению в случае обнаружения множественных метастазов [5, 7, 27, 34, 40].

Также нет окончательного ответа на вопрос о целесообразности и объеме выполнения одномоментной резекции печени при ее метастатическом поражении. Некоторые авторы склоняются к мысли о необходимости удаления основного опухолевого очага с последующим воздействием на метастатический процесс другими методами: системной или селективной химиотерапией, химиоэмболизацией, СВЧ-деструкцией и др. По данным других авторов, тактикой выбора является максимальное хирургическое удаление опухолевых очагов. Частота послеоперационных осложнений при выполнении этих операций колеблется от 15 до 65 %, что сопоставимо с резуль-

татами радикальных операций. По данным Г. И. Воробьева с соавт., после одномоментного удаления первичной опухоли и метастатических узлов в печени более 2 лет живет до 23,7 % пациентов, а до 5 лет — 18,6 % больных [1, 7, 39].

Не определены однозначно показания к выполнению паллиативных операций при метастазах в легкие, их двухстороннем поражении с внелегочными и внепеченочными очагами заболевания. Считается, что при неблагоприятных формах отдаленного метастазирования (карциноматоз брюшины, метастазы в яичники, отдаленные лимфогенные метастазы) возможности хирургического лечения ограничены. Сложную клиническую проблему составляют пациенты с мультивисцеральным метастатическим поражением [15, 16, 27, 54].

Выполнение циторедуктивных операций позволяет увеличить двухлетнюю выживаемость в 3,9 раза, что достоверно лучше результатов симптоматических вмешательств. Низкая пятилетняя выживаемость потребовала от клиницистов поиска новых подходов к лечению больных метастатическим колоректальным раком. Основным направлением улучшения результатов лечения этой категории пациентов является использование комбинированного метода с применением препаратов нового поколения [5].

Современное лекарственное лечение больных запущенным раком толстой кишки основано на применении схем в виде 5-фторурацила и лейковорина. Значительный прорыв в лекарственном лечении этой категории больных был получен с внедрением в клиническую практику химиопрепаратов, обладающих выраженной противоопухолевой активностью. Прежде всего, это касается иринотекана (СРТ-11) и оксалиплатина. Другим ключевым моментом цитостатической терапии явился синтез аналогов 5-фторурацила, способных имитировать его непрерывную инфузию: УФТ, капецитабин, орзела (комбинация УФТ и лейковорина).

Использование комбинированных схем химиотерапии на основе иринотекана (FOLFIRY, ILF) и капецитабина (FOLFOX 4,6, XELOX) в качестве первой линии полихимиотерапии позволило увеличить медиану выживаемости с 6 до 18 месяцев. Проведение перекрестных сравнений этих схем позволило выявить их идентичность по токсичности, переносимости и эффективности в отношении диссеминированного колоректального рака.

Несомненный интерес представляет использование таргетной терапии (target — мишень). Исследования последних лет показали несомненную эффективность ингибитора рецепторов неоангиогенеза бевацизумаба (авастина), ингибитора рецепторов эпидермального фактора роста цетуксимаба и целекоксиба — ингибитора циклооксигеназы — в отношении колоректального рака при их комбинациях с основными противоопухолевыми схемами [9, 15, 17, 24, 29, 54, 55].

Приведенные данные позволяют, несомненно, утверждать необходимость и целесообразность выполнения и совершенствования методов паллиативного лечения злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта на основе комбинирования хирургического, лекарственного и/или лучевого компонента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барсуков Ю. А., Алиев В. А., Черкес В. Л. и др. // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. — 2007. — №3. — Т. 18. — С. 15—18.
2. Бердов Б. А., Евдокимов Л. В., Почуев Т. П., Невольских А. А. // Колопроктология. — 2002. — №2. — С. 5—9.
3. Биктимиров Т. З. Медико-психологические и социокультурные основы онкологической клиники и паллиативной медицины: автореферат дисс. ... д-ра мед. наук. — СПб., 1999. — 40 с.
4. Булыгин В. В. Диагностика и лечение синдрома дисфагии: автореферат дисс. ... д-ра мед. наук. — Воронеж, 2007. — 42 с.
5. Вашакмадзе Л. А., Трахтенберг А. Х., Хомяков В. М. и др. // Российский онкологический журнал. — 2007. — № 5. — С. 4—8.
6. Воробьев Г. И., Жученко А. П., Капулер Л. Л. и др. // Российский онкологический журнал. — 2005. — №1. — С. 4—8.
7. Воробьев Г. И., Одарюк Т. С., Шельгин Ю. А. и др. // Российский онкологический журнал. — 2003. — № 4. — С. 4—7.
8. Галлингер Ю. И., Годжелло Э. А. Оперативная эндоскопия пищевода. — М., 1999. — 273 с.
9. Гарин А. М. // IX Российский онкологический конгресс. — 2005.
10. Гафтон Г. И., Щербаков А. М., Егоренков В. В., Гельфонд В. М. // Практическая онкология. — 2006. — № 2. — Т. 7. — С. 77—83.
11. Григорьянц А. А. Лазертерапия в комплексном лечении неоперабельных больных раком пищевода и проксимального рака желудка: дисс. ... канд. мед. наук. — Ташкент, 1989.
12. Гринев М. В. Циторедуктивная хирургия. — М.: «Гипократ», 2003. — 92 с.
13. Давыдов М. И. // Российский журн. гастроэнтерологии и гематологии. — 1997. — № 1. — Т. 7. — С. 35—38.
14. Злокачественные опухоли: клиническое руководство / Под ред. Н. Н. Петрова и С. А. Холдина. — Л.: Медгиз, 1952. — Т. 2. — С. 573—577.
15. Жученко А. П., Калганов И. Д., Филон А. Ф., Тотиков М. З. // Колопроктология. — 2004. — №2. — С. 35—40.
16. Калганов И. Д. Паллиативное лечение распространенных форм рака ободочной кишки: автореферат дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1999. — 26 с.
17. Карасева В. В., Жерлов Г. К., Лазарев А. Ф. и др. // Российский онкологический журнал. — 2004. — №5. — С. 28—30.
18. Касаткин В. Ф., Кит О. И., Захарова Н. П. и др. // Паллиативная медицина и реабилитация. — 2004. — № 1. — С. 15—18.
19. Коробкин С. А. Комбинированная химиотерапия диссеминированного рака желудка: дисс. ... канд. мед. наук. — М., 2005. — 145 с.
20. Кувшинов Ю. П., Поддубный Б. К., Ефимов О. Н. и др. // Современ. онкол. — 2000. — № 3. — Т. 2. — С. 72—78.
21. Луцевич Э. В., Праздников Э. Н., Мешков В. М. и др. // 5-й Моск. междунар. конгр. по эндоскоп. хир.: Сб. тезисов. — М., 2001. — С. 109—110.
22. Мамонтов А. С., Соколов В. В., Верещагин В. Г. // Паллиат. мед. и реабилит. — 2003. — № 2. — С. 88—89.
23. Ненарокомов А. Ю. Первые результаты комбинированного паллиативного лечения рака толстой кишки / IV Съезд онкологов и радиологов СНГ. Материалы съезда: Баку, 28 сентября — 01 октября, 2006г. Баку: НЦО МЗ Азербайджанской Республики, 2006. — С. 167.
24. Новиков Г. А., Осипова Н. А., Прохоров Б. М. // Российский онкологический журнал. — 2001. — №2. — С. 49—52.
25. Нориманов М. Н., Базин И. С., Мамедов Ф. Ф. и др. // Современная онкология. — 2001. — №2. — Т. 3. — С. 74—79.
26. Общая онкология: руководство для врачей / Под ред. Н. П. Напалкова. — Л.: Медицина, 1989. — С. 571—573.
27. Орлова Р. В. // Практическая онкология. — 2005. — Т. 6, № 1. — С. 33—42.
28. Петерсон Б. Е. Рак проксимального отдела желудка. — М.: Медицина, 1962. — 214 с.
29. Петров В. П., Лазарев Г. В., Рожков А. Г. и др. // Российский онкологический журнал. — 2003. — № 4. — С. 7—9.
30. Петрова Е. Н. // Вестник хирургии. — 1955. — Т. 75, № 6. — С. 94—98.
31. Резолюция Всероссийской конференции «Современные возможности хирургического, комбинированного и комплексного лечения колоректального рака» (Пермь, 24—25 сентября 2003 г.) // Российский онкологический журнал. — 2004. — №2. — С. 56.
32. Рождественский А. И. Первично-радикальные и паллиативные операции при колоректальном раке, осложненном обтурационной кишечной непроходимостью: автореферат дисс. ... канд. мед. наук. — Казань, 2002. — 22 с.
33. Соколов В. В., Мамонтов А. С., Чиссов В. И. и др. // 6-й Моск. междунар. конгр. по эндоскоп. хир.: сб. тезисов. — М., 2002. — С. 355—356.
34. Соколов В. В., Филоненко Е. В., Карпова Е. С. и др. // Паллиат. мед. и реабилит. — 2003. — № 2. — С. 91.
35. Соловьев В. И. // Российский онкологический журнал. — 2004. — №4. — С. 37—40.
36. Тарасов В. А., Побегалов Е. С., Виноградова М. В. и др. // Практическая онкология. — 2005. — Т. 6, № 2. — С. 92—102.
37. Трахтенберг А. Х., Паршин В. Д., Пикин О. В. // Российский онкологический журнал. — 2005. — №4. — С. 18—21.
38. Тюляндин С. А. // Практическая онкология. — 2001. — № 3(7) (сентябрь). — С. 44—51.
39. Чиссов В. И., Вашакмадзе Л. А., Бутенко А. В. и др. // Российский онкологический журнал — 2003. — № 6. — С. 4—7.
40. Щербаков А. М. Клиническое значение внутриспросветной эндоскопической хирургии в лечении неоперабельных больных раком пищевода: автореферат дисс. ... д-ра мед. наук. — СПб., 2006. — 42 с.
41. Хвастунов Р. А., Мудрый А. Ю., Шерешков А. Ю. и др. // Вопросы клинической онкологии: сб. научн. трудов / Под ред. профессора Р. А. Хвастунова. — Волгоград: изд-во ВолГМУ, 2005. — С. 117—123.
42. Хвастунов Р. А., Ненарокомов А. Ю., Иванов А. И. // Онкология: теория и практика. — 2004. — № 2—3. — С. 80—82.

43. Эльмурадов Л. Паллиативные резекции и экстирпации при раке ободочной и прямой кишки: дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1988. — С 98—109.
44. Ярема И. В., Колобов С. В., Трандофилов М. М. // Российский онкологический журнал. — 2004. — №3. — С. 36—40.
45. Adam A., Ellul J., Watkinson A. F., et al. // Radiology. — 1997. — 202. — P. 344—348.
46. Ajani J. E. // Oncologist. — 2005. — Vol. 10. — P. 49—58.
47. Alexiou C., Neuhaus H., Kau R. J., et al. // Gastroenterol. — 1997. — V. 35. — №. 4. — P. 277—283.
48. Buset M., Cremer M. // Acta Gastroenterol. Belg. — 1992. — Vol. 55. — P. 264—270.
49. Bisgard J., Overmiller L. W. // Ann. Surg. — 1944. — Vol. 120. — P. 170—172.
50. Bisgaard T., Wojdemann M., Heindorff H., et al. // Endoscopy. — 1997. — Vol. 29. — P. 155—159.
51. Cavana L., Zanibony A., Artioli F., et al. // Proc. ASCO. — 2004. — Abstr. 4268.
52. Cheong J. H., Hyung W. J., Kim J., et al. // Proc. ASCO. — 2004. — Abstr. 4265.
53. Cho S. J., Lee U. K., Kim Y. H., et al. Survival analysis of the alliatively resected gastric carcinoma. In proceeding of the 41h International Gastric Cancer Congress. — New-York, USA, 2001 — Abst. 289.
54. Chung S. C. S., Leong H. T., Choi C. Y. C. // Endoscopy. — 1994. — № 26. — P. 275—277.
55. Doglietto G. B., Pacelli F., Caprino P., et. al. // World J. Surg. — 2000. — Vol. 24. (4). — P. 459—463.
56. Goldberg R. M., Rothenberg M. L., van Cutsem E., et al. // Oncologist. — Vol. 12. — P. 38—50.
57. Goldberg R. M., Sargent D., Mogton R. F., et al. // J Clin Oncol. — 2004. — Vol. 22. — P. 23—30.
58. Eliason E. L., Witner L. W. // Am. J. Surg. — 1946. — Vol. 72. — P. 58—60.
59. Hagiwara A., Sawai K., Sakakura C., et al. // Hepatogastroenterology. — 1998. — Vol. 45. — P. 1922—1929.
60. Kozarek R. A. Use // Gastroenterologist. — 1994. — Vol. 2. — P. 264—272.
61. Van Cutsen E., Haller D., Ohstu A. // Gastric Cancer. — 2002. — Vol. 5. — P. 17—22.
62. Verschuur E. M., Steyerberg E. W., Kuipers E. J., et al. // Gastrointest Endosc. — 2007. — Vol. 65, № 4. — P. 592—601.

УДК 616.345-007.272-006.6-089

ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕВОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

С. С. Маскин, Я. В. Надельнюк, А. М. Карсанов

Современные подходы к диагностике толстокишечной непроходимости основываются на комплексной оценке клинико-лабораторных, рентгенологических, сонографических данных, которые составляют классификационные критерии степени толстокишечной непроходимости. На современном этапе обосновано применение одно- и двухэтапных операций, расширение показаний для операций с первичными, первично-отсроченными и отсроченными анастомозами. С внедрением малоинвазивных технологий в хирургию толстокишечной непроходимости тактика может быть пересмотрена в сторону расширения показаний к выполнению на первом этапе декомпрессионных операций при суб- и декомпенсированной непроходимости.

Ключевые слова: кишечная непроходимость, хирургическое лечение.

DIAGNOSTICS, STRATEGY AND SURGICAL TREATMENT OF TUMORAL COLON OBSTRUCTION: THE PRESENT VIEW ON THE PROBLEM

S. S. Maskin, Ya. V. Nadelnyuk, A. M. Karsanov

Modern approaches to diagnostics of colon obstruction are based on a complex evaluation of clinical, laboratory, radiological and ultrasound data which comprise classification criteria of colon obstruction degree. At present application of one- or two phase operations, expansion of indications for operations with primary, primarily-delayed and delayed anastomosis is justified. Introduction of less invasive technologies in the colon obstruction surgery allows to reconsider tactics of treatment in favour of the phase one decompression operations in patients with sub- and decompensated obstruction.

Key words: colon obstruction, surgical treatment.

Рак толстой кишки (ТК) занимает второе место после рака легкого в Европе и США. Проблема лечения обтурационной толстокишечной непроходимости (ОТН) является, главным образом, онкологической, так как в 80—90 % случаев обусловлена раком ободочной и пря-

мой кишки [14, 46]. Большинство больных с раком ТК поступают с различными осложнениями, среди которых ОТН встречается наиболее часто, у 15—85 % больных, причем полная непроходимость — у 15,7—53,8 % больных и даже у 72,5—85,9 % [13, 41]. Чаше ОТН

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕКЦИИ

Р. А. Хвастунов

РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

А. Ю. Ненарокомов, А. Ю. Мудрый, А. И. Иванов.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПАЛЛИАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ
РАКА ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

С. С. Маскин, Я. В. Надельнюк, А. М. Карсанов
ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ОПУХОЛЕВОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ
НЕПРОХОДИМОСТИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

А. Ю. Шиляев, А. И. Голубенко
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ
И ЛЕЧЕНИЮ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

В. И. Петров, Б. Ю. Гумилевский, О. П. Гумилевская
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ
ХРОНИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ
ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКИ

Е. В. Фомичев, А. Т. Яковлев, В. В. Подольский
ВЛИЯНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ
НА КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А. А. Воробьев, С. В. Поройский, И. Н. Тюренок, А. В. Воронков, В. Б. Барканов, Б. Б. Полуосмак
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСРЕГУЛЯЦИЯ
БРЮШИНЫ И ЕЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СУБСТРАТ

П. А. Бакумов, Е. В. Богачева, Е. Н. Лихоносова
ПРИМЕНЕНИЕ АНТИГИПОКСАНТОВ В СОСТАВЕ
КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ
НАПРЯЖЕНИЯ

Н. В. Рогова
ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ
ЭНДОРФИНЕРГИЧЕСКИХ СТРУКТУР МОЗГА
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ ТИПА 2

О. Н. Родионова, Н. В. Трубина, Э. Ю. Реутова, Р. В. Видикер, А. Р. Бабаева, О. Е. Гальченко
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ НЕЙРОМЕДИАТОРОВ
И ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ
ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-
КИШЕЧНОГО ТРАКТА

И. В. Ермилова
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХОФИТОЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ
ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН,
ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЙОНЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО
НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

Е. А. Шевченко
ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ
В КОМПЛЕКСНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПЛОДОВ С КИСТОЗНОЙ
ГИГРОМОЙ ШЕИ В 11 – 14 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ

А. Ю. Васильев, Д. А. Лезнев
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛУЧЕВЫХ
МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ ТРАВМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ
ОБЛАСТИ

LECTURES

R. A. Khvastunov

3 PROSTATE CANCER 5

SURVEYS

A. Yu. Nenarokomov, A. Yu. Mudriy, A. I. Ivanov
MODERN ASPECTS OF PALLIATIVE TREATMENT
OF GASTRO-INTESTINAL CANCER 9

S. S. Maskin, Ya. V. Nadelnyuk, A. M. Karsanov
DIAGNOSTICS, STRATEGY AND SURGICAL TREATMENT
OF TUMORAL COLON OBSTRUCTION: THE PRESENT VIEW
ON THE PROBLEM 15

A. Yu. Shilyaev, A. I. Golubenko
MODERN APPROACHES TO DIAGNOSTICS AND TREATMENT
OF LEYOMYOMA UTERI 22

ORIGINAL PAPERS

V. I. Petrov, B. Yu. Gumilevskiy, O. P. Gumilevskaya
IMMUNOLOGICAL MECHANISMS
OF A TRANSPLANTED KIDNEY CHRONIC
DYSFUNCTION DEVELOPMENT 26

Ye. V. Fomichev, A. T. Yacovlev, V. V. Podolsky
THE INFLUENCE OF TRANSCRANIAL ELECTRICAL STIMULATION
ON IMMUNE STATUS INDICES IN PATIENTS WITH MANDIBULAR
FRACTURES 29

A. A. Vorobyev, S. V. Poroytsky, I. N. Tiurenkov, A. V. Voronkov, V. B. Barkanov, B. B. Poluosmak
POSTOPERATIVE FUNCTIONAL DYSREGULATION
OF THE PERITONEUM AND ITS MORPHOLOGIC SUBSTRATE 34

P. A. Bakumov, E. V. Bogacheva, E. N. Lihonosova
POTENTIALITIES OF ANTIHYPOXANTES
IN THERAPY OF STABLE ANGINA
PECTORIS 38

N. V. Rogova
PHARMACOECONOMIC EFFECTIVENESS
OF TRANSCRANIAL ELECTRICAL STIMULATION
OF THE BRAIN ENDORPHYNERGIC STRUCTURES
(TES-THERAPY) IN A COMPLEX TREATMENT
OF PATIENTS WITH TYPE II DIABETES 41

O. N. Rodionova, N. V. Trubina, E. Yu. Reutova, R. V. Vidiker, A. R. Babaeva, O. E. Galchenko
CLINICAL SIGNIFICANCE OF EVALUATION
OF NEUROMEDIATORS AND CYTOKINES
IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL
GASTROINTESTINAL DISORDERS 44

I. V. Ermilova
EFFECT OF CHOPHYTOL ADDITION
TO BASIC THERAPY OF FETOPLACENTAL
FAILURE IN PREGNANT WOMEN LIVING
AT ECOLOGICALLY UNFAVOURABLE REGIONS 47

E. A. Shevchenko
ULTRASONIC DIAGNOSTICS OF INBORN HEART DISEASES OF
FOETUS WITH CHROMOSOME ANOMALY IN THE FIRST TERM OF
PREGNANCY 50

A. Yu. Vasilyev, D. A. Lezhnev
COMPARATIVE ANALYSIS OF EFFECTIVENESS
OF THE COMPREHENSIVE RADIOLOGY DIAGNOSTIC
METHODS IN PATIENTS WITH MAXILLO-FACIAL INJURIES 53