

получением аксиальных срезов, толщиной 3–4 мм. После этого на персональном компьютере с использованием специального программного обеспечения врач-рентгенолог совместно с радиотерапевтом выполняет послойное оконтуривание первичного очага либо зоны анастомоза (GTV-T), зоны регионарного лимфооттока (GTV-N) и органов риска — мочевого пузыря, предстательная железа, тело и шейка матки (OR). Данные области выделяются разными цветами, что позволяет рассчитывать поглощенную дозу в каждом интересующем объеме. Далее компьютерная программа реконструирует реальную 3D-модель конкретного пациента. Полученная информация поступает к медицинским физикам, где, согласно этой модели, подбирается наиболее точный вариант распределения изодозы. Поскольку в основе данного вида топометрии лежит компьютерная томография, имеется возможность оценки состояния органов и структур зоны сканирования, в том числе с использованием болюсного контрастирования, что позволяет оценить распространенность процесса, наличие возможных метастатических очагов, давая возможность в реальном времени корректировать план лечения.

Результаты. С применением методики 3D КТ-топометрии в 2014 г. было пролечено 1310 пациентов, из них 83 (6,3%) с колоректальным раком. Всем пациентам была проведена КТ-топометрия по данной методике с построением индивидуальной трехмерной модели, что позволило у всех пациентов существенно улучшить распределение поглощенной дозы в первичном очаге с минимальной лучевой нагрузкой на здоровые органы и ткани, исключить скрытые при обычной рентгенотопометрии «горячие» зоны в области соседних пучков излучения.

Заключение. Результаты проводимой в ОКОД методики 3D КТ-топометрии в комплексе с применением индивидуальных фиксирующих устройств для лучевой терапии на линейных ускорителях электронов с многолепестковым коллиматором позволили не только использовать все современные методики лучевой терапии (IMRT, IGRT, VMAT), чем существенно улучшили ее качество, но и осуществлять одновременную диагностику распространенности заболевания и как следствие корректировку плана лечения.

Мерзляков М.В., Грачев А.В., Богачев Е.Г., Шапкин А.А., Староверов Н.Н., Хапаева Т.Н., Полутарников Е.А., Довбета Е.В.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ КАК ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

¹ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»;
²ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Кемерово, Россия

По данным ВОЗ, в 2010 г. рак ободочной кишки занимает третье место в структуре онкологической патологии, запущенные формы достигают 70%. Эта

локализация составляет 15% от всех первично диагностированных опухолей. Заболеваемость составляет 19 на 100 тыс. населения, смертность — 9 на 100 тыс. населения. У 20–50% больных при первичном обращении выявляются метастазы в печени.

В Кемеровской области с 2001 по 2010 г. смертность от колоректального рака составила 20,25 на 100 тыс. населения, а за период — 25,56 на 100 тыс. населения.

У 70% пациентов к моменту обращения требуется неотложное хирургическое вмешательство. У 26,4–69% пациентов возникает обтурационная кишечная непроходимость, чаще в левых отделах толстой кишки (67–72%).

Цель операций — удаление опухоли, ее осложнений и восстановление функций органа. Стандарт лечения — обструктивная резекция толстой кишки с наложением колостомы. Летальность варьирует от 7,2 до 22,4%. Неотложные операции не сопровождаются адекватной лимфодиссекцией, что не является радикальной операцией. Восстановление кишки обычно проводится через 8–12 мес.

Эндопротезирование зоны обструкции саморасширяющимся стентом проводится с целью предоперационной подготовки или окончательного паллиативного лечения.

В 2012–2014 гг. в ГАУЗ «КОКБ» наблюдались 10 пациентов с толстокишечной непроходимостью с поражением сигмовидной и прямой кишки — 3 женщины и 7 мужчин в возрасте от 42 до 86 лет.

У 8 пациентов морфологическая картина заболевания была установлена ранее, при гистологическом исследовании биопсийного материала, характер непроходимости был интермиттирующим. Все поступили в клинику для планового оперативного вмешательства. Стентирование прямой и сигмовидной кишки было проведено как этап подготовки к одномоментной операции по поводу наличия злокачественной опухоли толстой кишки.

Один пациент доставлен машиной скорой медицинской помощи с клиникой острой толстокишечной непроходимости. При обследовании выявлен генерализованный процесс с развитием канцероматоза брюшной полости с вовлечением тонкой кишки в опухолевый конгломерат в области сигмовидной кишки и развитием тонкокишечной непроходимости.

Еще один пациент страдал заболеванием более 6 мес, в оперативном лечении ему было отказано по причине наличия множественных метастазов в отдаленные органы, трижды прошел курс химиотерапии по поводу данного заболевания. Установка саморасправляющегося покрытого стента данному пациенту была показана как паллиативное разрешение интермиттирующей толстокишечной обтурационной непроходимости.

Всем пациентам в первые сутки госпитализации были установлены саморасправляющиеся стенты SX-ELLA Stent из никелид-титанового сплава. Имплантация проводилась в рентгеноперационной без предварительной подготовки толстой кишки, вариантом выбора премедикации было внутримышечное введение раствора сибазона, по показаниям. Дистальный край опухоли отмечали наложением рентгеноконтрастной эндоскопической клипсы. По инструментальному каналу в просвет опухоли под

контролем рентгеноскопии проводили жесткую струну – проводник с атравматическим наконечником, аппарат извлекали. По струне-проводнику проводили доставочное устройство, устанавливали рентгеноконтрастными метками дистальной части выше на 2 см наложенных клипс маркеров. Полному раскрытию стента предшествовало введение водорастворимого контрастного вещества по катетеру доставочного устройства. После раскрытия стента доставочное устройство извлекалось. Стул у всех пациентов состоялся на операционном столе. Полное расправление стентов достигнуто в первые сутки после имплантации. Нормализация стула получена на 2-е сутки. 4 пациента оперированы в сроки 2 нед после стентирования толстой кишки.

Пациент с неоперабельным раком сигмовидной кишки в течение 6 мес дважды обращался в клинику для повторной имплантации стента вследствие его миграции. Первая миграция через 1 мес, затем следовал период мнимого благополучия 1 мес с нормальным стулом. Вторая миграция через 2 мес от первичной имплантации, стент установлен, толстокишечная непроходимость ликвидирована. Смерть пациента через 5 мес, до последнего дня жалоб на нарушения стула не было.

Пациенту с канцероматозом брюшной полости наложена илеостомы. Больной выписан для симптоматического лечения по месту жительства без нарушения пассажа по толстой кишке.

Заключение. Установка никелид-титановых саморасправляющихся колоректальных стентов – эффективный, малотравматичный и современный метод решения острой обтурационной непроходимости кишечника опухолевого генеза, способный улучшить качество жизни пациентам перед радикальной операцией или с паллиативной целью.

Эндопротезирование имеет высокий технический и клинический эффект в сравнении с традиционной хирургией. Для пациентов с небольшой ожидаемой продолжительностью жизни и наличием обструкции толстой кишки стентирование – наиболее приемлемый метод паллиативного лечения.

Огай Д.К.¹, Кутлиева Г.Д.¹, Наврузов С.Н.², Абдужампаров С.Б.², Исламов Х.Д.², Хакимов А.М.²

О НЕОБХОДИМОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

¹«Институт микробиологии» АН Республики Узбекистан, ²«Республиканский онкологический научный центр» Минздрава Республики Узбекистан, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Общепризнанна важная роль микроэкологии кишечника в обеспечении здоровья организма в целом, так как минимальные нарушения состава микрофлоры приводят к развитию различных заболеваний органов и систем. Нормальная флора кишечника с ее специфическими функциями – защитной, обменной и иммуноиндуцирующей – определяет биоценоз кишечника. Нарушение одной из этих важнейших

функций приводит к расстройству различных видов метаболизма, дефициту витаминов, минеральных веществ, снижению иммунитета, в результате чего возникают выраженные функциональные нарушения в пищеварительном тракте и в организме в целом. Вследствие нарушений микробиоценоза кишечника нарушается синтез и усвоение многих биологически активных веществ, снижается иммунобиологическая резистентность организма. Кроме того, дисбиоз кишечника является ведущим фактором в развитии хронических заболеваний пищеварительного тракта. Таким образом, роль дисбиотических расстройств в развитии ряда функциональных и органических заболеваний человека очевидна. В целом наиболее сильные доказательства эффективности пробиотиков связаны с их использованием для улучшения функционирования кишечника и стимулирования иммунной системы. Развитие дисбактериоза кишечника различной этиологии отягощает течение основного заболевания. В ряде случаев дисбактериоз становится определяющим фактором в формировании патологического процесса в организме. Применительно к противоопухолевой терапии необходимо отметить, что она является фактором, губительно действующим на нормальную микрофлору кишечника. В большинстве случаев нарушенная экология толстой кишки восстанавливается самостоятельно, но не у людей с нарушенным уровнем иммунитета. Поэтому у ослабленных больных, особенно с нарушениями иммунитета, самовосстановления микрофлоры кишечника не происходит, и часто у них появляются клинические симптомы дисбактериоза.

Дисбактериоз при злокачественных новообразованиях клинически проявляется функциональной диспепсией или тяжелой интоксикацией с выраженными расстройствами всасывания, анемией, кровоточивостью слизистой оболочки ЖКТ. Коррекция дисбактериоза – это мощный фактор профилактики и лечения злокачественных опухолей и является необходимым звеном в комплексном лечении онкологических больных. Проблемами реабилитации онкологических больных занимаются медицинские учреждения во всем мире, в том числе и в Узбекистане.

Актуальность проблемы: распространенность и неуклонный рост онкозаболеваемости колоректальным раком, наличие отягощающего влияния массивной химио- и лучевой терапии на состояние микрофлоры толстой кишки послужили основанием для проведения исследований у больных с данной патологией.

Цель и задачи исследований – изучение микрофлоры кишечника больных колоректальным раком, проведение диагностики дисбиоза с последующей коррекцией отечественными пробиотическими препаратами. Исследования проводятся на базе РОНЦ МЗ Республики Узбекистан в отделении онкокопроктологии. Объектом исследования послужили 20 больных с колоректальным раком в возрасте 40–75 лет. Обследования проводили до и после курса лечения. Все микробиологические исследования были проведены в баклаборатории СЭС МСО МЗ Республики Узбекистан.

Результаты. У всех обследованных был выявлен дисбиоз IV степени. Из микрофлоры толстой кишки были выделены условно-патогенные микроорга-