

ХИРУРГИЧЕСКОЕ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПОЗДНЕЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

А.К. АНТОНОВ

ФГБУ НИИ онкологии им. П.А. Герцена МЗ РФ, 2-й Боткинский пр., д. 3, Москва, Россия, 125284

Аннотация. В настоящее время остается актуальной помощь онкологическим больным в IV-ой стадии заболевания. По мере продвижения современных методик лечения онкологическая наука расширяет возможности повышения качества жизни названного контингента больных. Благодаря новым технологиям в онкологии удастся проводить циторедуктивные, паллиативные и малоинвазивные операции и манипуляции, позволяющие повысить качество жизни этого тяжелого контингента больных. В результате оперативного лечения и малоинвазивных операций и манипуляций у онкологических больных IV-ой стадии возникает хирургическая травма, окислительный стресс, нарушение гомеостаза и угнетение иммунитета, приводящее к еще большему иммунодефициту у названного контингента больных. В результате происходит угнетение неспецифической сопротивляемости организма. Применение адаптогена эликсира Алтайского (Витавис) в сочетании с ионно-активированными водными средствами позволяет нивелировать и сводить на нет окислительный стресс организма онкологических больных в поздней стадии заболевания. После применения лечения названной технологии повышается неспецифическая сопротивляемость организма, значительно уменьшается иммуно-дефицит. Мощный антиоксидант – ионноактивированное водное средство усиливает действие иммуномодулятора адаптогена эликсира Алтайского (Витавис), что приводит к уменьшению послеоперационных инфекционных осложнений у онкологических больных IV-ой стадии заболевания, сокращает послеоперационный период, улучшает качество жизни и расширяет показания к проведению даже сложных операций, малоинвазивных операций и манипуляций.

Ключевые слова: эликсир Алтайский (Витавис), ионно-активированные водные средства и онкологические больные IV-ой стадии заболевания.

SURGICAL AND REDUCING TREATMENT OF ONCOLOGIC PATIENTS IN
THE LAST STAGE OF DISEASE

A.K. ANTONOV

Oncology Institute. PA Herzen Russian Ministry of Health, 2nd Botkinsky ave., 3, Moscow, Russia, 125284

Abstract. At present remains urgent aid to oncologic patient in IV - oh the stage of disease. In proportion to the advance of the contemporary procedures of treatment oncologic science enlarges the possibilities of an improvement in the quality of the life of the named contingent of patients. Because of the new technologies in oncology it is possible to conduct tsitoreduktivnyye, palliative and maloinvazivnyye operations and manipulations, which make it possible to increase the quality of the life of this heavy contingent of patients. As a result surgical treatment and maloinvazivnykh opretsiy and manipulations in oncologic sick IV-oh stage appears surgical injury, oxidizing stress, disturbance of homeostasis and oppression of immunity, which leads to an even larger immunodeficiency in the named contingent of patients. The oppression of the unspecific resistibility of organism as a result occurs. The application of adaptogena of the elixir of Altai (Vitavis) in combination with the ionic-activated aqueous means makes it possible to level and to reduce on no oxidizing stress of the organism of oncologic patients in the last stage of disease. After the application of treatment of the named technology the unspecific resistibility of organism rises, immune-scarcity considerably decreases. Powerful antioxidant – the ionnoaktivirovannoe aqueous means strengthens the action of immunomodulyatora of adoptogena of the elixir of Altai (Vitavis), which leads to the decrease of postoperative infectious complications in oncologic sick IV-oh of the stage of disease, reduces postoperative period, improves the quality of life and enlarges indications to conducting even of complex operations, maloinvazivnykh operations and manipulations.

Key words: elixir is Altai (Vitavis), the ionic- activated aqueous means and oncologic sick IV-oh the stage of disease.

Нами прооперировано 83 онкологических больных с колоректальным раком IV-ой стадии заболевания. Из них было 50 мужчины и 33 женщины с учетом возраста, прошедшие химиолучевую терапию. Оперативное лечение названного контингента больных проводилось с использованием иммуномодулятора-адаптогена эликсира Алтайского (Витавис) в сочетании с ионноактивированными водными средствами.

Библиографическая ссылка:

Антонов А.К. Хирургическое и восстановительное лечение онкологических больных в поздней стадии заболевания // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 2-124. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5051.pdf> (дата обращения: 24.12.2014).

Контрольную группу составили 80 таких же больных колоректальным раком разной локализации, клинические данные которых были взяты из историй болезней за последние пять лет и дополнены текущим мониторингом.

Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрастному показателю и характеру основной патологии.

У всех больных проведено исследование клинических анализов крови, биохимических анализов крови, оценка состояния системы иммунитета по показателям сывороточных антител (АТ) к ДНК, γ -интерферона, β 2-гликопротеина, коллагена, миозина. Используются твердофазный ИФА и тест-наборов ЭЛИ-Тест (МИЦ «Иммункукус», Москва).

По уровню ауто-АТ к антигенам основных органов и тканей проводилась оценка степени метастатического поражения внутренних органов (печени, легких, ЖКТ, мозга), а также нарушения функций сердечно-сосудистой, нервной, мочевыделительной систем, щитовидной и поджелудочной желез.

По показателям иммунограмм пациенты были разделены на две группы. 1-ю составили больные с аномальной активацией иммунитета (у 46 больных уровень ауто-АТ, характеризующий состояние 11 органов и систем, был повышен). Эта группа пациентов была прогностически более благоприятна.

Больные 2-й группы характеризовались супрессией аутоиммунитета (уровень ауто-АТ был аномально снижен). В этой группе течение заболевания было менее благоприятным, имелись признаки состояния иммунодефицита и сопутствующие инфекционные процессы. Таких пациентов в поздней стадии онкозаболевания было около 80% [1-6].

Пациенты с показателями иммуносупрессии для повышения показателей «качества жизни» (оценивались по шкале Карновского) дополнительно внутривенно получали иммуноглобулины, курс лечения быстродействующим адаптогеном элексира Алтайский (Витавис) в сочетании с ионно-активированными водными растворами, а также препараты гепатопротекторы и энтеропротекторы отечественного производства «Гепатосан» и «Энтеросан».

Объем паллиативного хирургического вмешательства определялся локализацией злокачественной опухоли и степенью распространения опухолевого процесса (табл. 1).

В зависимости от степени распространения опухолевого процесса больным исследуемой группы проводилось либо комбинированное (с использованием предоперационной дистанционной гамматерапии), либо чисто хирургическое (при наличии отдаленных метастазов) лечение.

Всем больным во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде, а также при установлении стентов ЖКТ, при пункциях метастатических плевритов и лечении распадающихся опухолей, проводилась плановая антибактериальная терапия, инфузионно-трансфузионная терапия, вводились антикоагулянты и обезболивающие препараты.

Таблица 1

Паллиативные хирургические операции у онкологических больных колоректальным раком IV стадии с распространенным опухолевым процессом

Нозологические формы онкологических больных в поздней стадии заболевания (оперативные вмешательства, манипуляции)	Получали адаптоген элексира Алтайский (Витавис) и АНК (83 больных)		Контрольная группа (80 больных)	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
Циторедуктивная брюшноанальная резекция прямой кишки	13	15,7	14	17,5
Паллиативная экстирпация прямой кишки	16	19,3	18	23,7
Паллиативная гемиколэктомия слева	14	16,8	14	17,5
Паллиативная гемиколэктомия справа	11	13,3	7	8,75
Стентирование при опухолевых стриктурах пищевода и ЖКТ	12	14,5	11	13,8
Иммунотерапия метастатического плеврита	13	15,7	10	12,5
Неходжкинская лимфома с распадом	4	4,7	6	7,5
ВСЕГО:	83	100,0	80	100,0

Полученные данные позволяют заключить, что иммунодепрессия у онкологических больных в поздней стадии заболевания более выражена, что взаимосвязано с частотой и тяжестью инфекционных осложнений [7-12].

Библиографическая ссылка:

Антонов А.К. Хирургическое и восстановительное лечение онкологических больных в поздней стадии заболевания // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 2-124. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5051.pdf> (дата обращения: 24.12.2014).

Препарат элексира Алтайский (Витавис) и ионно-активированные водные средства в основной группе больных раком толстой кишки применяли в пред- и послеоперационном периоде, а также при установке стентов ЖКТ и в лечении больных с распадом опухолей мягких тканей с неходжкинской лимфомой.

На курс лечения элексира Алтайский (Витавис) больные получали 20 таблеток по 25 мг; 15 капель (1 чайная ложка) микстуры утром натощак за 15-30 минут до завтрака.

Микстуру и таблетки элексира Алтайского (Витавис) запивали 50 мл электрохимически активированным раствором, полученном на установке типа «Изумруд» (рН=7,7±0,5; ОВП (окислительно-восстановительный потенциал) = +250 ... + 800 мВ).

При полостных операциях брюшная полость и малый таз промывались 5 минут анолитом нейтральным АНТ, а затем 2-3 минуты – католитом. При распадающихся опухолях мягких тканей, после операции и при гнойных воспалениях в течение двух недель рана промывалась 10 минут анолитом нейтральным, затем 5 минут – католитом. Курс дополнительного лечения составлял в среднем 18-25 дней.

Кроме клинических и биохимических анализов крови, проводились исследования гуморального и клеточного иммунитета и по показаниям - микробиологические исследования. Динамика клинического и биохимического анализа крови, иммунологических показателей у больных исследуемой группы, изученная до и после применения препарата элексира Алтайского (Витавис) в сочетании с ионно-активированными водными средствами, представлена в табл. 2.

Таблица 2

Показатели иммунограммы у онкологических больных колоректальным раком IV стадии заболевания при использовании адаптогена-иммуномодулятора элексира Алтайского (Витавис) и ионно-активированных водных средств

Изученные показатели	Исходные данные	После лечения «Витавис» и ионно-активированными водными средствами
Лейкоциты	6950	7250
Лимфоциты, %	26,7	24,6
Лимфоциты, абс.	1479,8	1637,4
CD3+ (Т-лимфоциты), %	62,7	64,5
CD4+ (Т-хелп/инд), %	31,8	38,5
CD5+(Т-лимфоциты), %	67,6	68,4
CD8+ (Т-супр/цит), %	26,1	25,8
CD7+ (Т-лимф, NK), %	61,6	69,2
CD20+ (В-лимфоциты), %	7,8	13,4
CD38+ (актив, лимф.), %	28,1	39,5
CD16+ (NK-клетки), %	27,0	18,0
CD25+(регенТОр ИЛ2), %	0,73	0,96
CD50+ (мол. адгез.), %	94,4	93,9
Показатели гуморального иммунитета		
IgA, мг/мл	2,0	2,8
IgM, мг/мл	1,0	1,2
IgG, мг/мл	11,3	12,3

Результативность терапии адаптогеном-иммуномодулятором элексиром Алтайским (Витавис) в сочетании с ионно-активированными водными средствами оценивали в послеоперационном периоде перед выпиской больных из стационара.

Перед выпиской этих больных из стационара оптимизация показателей Т-клеточного иммунитета подтвердила корригирующее действие препарата элексира Алтайского (Витавис) при совместном использовании с ионно-активированными водными средствами. Достоверно увеличились показатели CD3+, CD4+ клеток.

Послеоперационный период у обследованного контингента больных колоректальным раком IV стадии протекал более благоприятно. Частота послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в группе больных, получавших адаптоген элексира Алтайский (Витавис) и ЭХА водный раствор, составила 10,8%, в сравнении с 28,8% в контрольной группе. Эти данные представлены в табл. 3.

Библиографическая ссылка:

Антонов А.К. Хирургическое и восстановительное лечение онкологических больных в поздней стадии заболевания // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 2-124. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5051.pdf> (дата обращения: 24.12.2014).

Инфекционные осложнения у онкологических больных колоректальным раком IV стадии заболевания

Характер осложнений	Лечение элексира Алтайский (Витапис) с ионно-активированными водными средствами (83 больных)		Контроль (80 больных)	
	абс. число	%	абс. число	%
Раневая инфекция	1	1.2	7	8.7
Абсцесс, флегмона	2	2.4	5	6.2
Послеоперац. перитонит	-	-	1	1.3
Послеоперац. пневмония	1	1.2	3	3.8
Урологические осложнения	5	6.0	7	8.8
ВСЕГО	9	10.8	23	28.8

В группе больных раком прямой кишки IV-й стадии, которым по жизненным показаниям проведена брюшно-промежностная экстирпация и тампонада раны промежности, в динамике цитологических исследований мазков из раны отмечено ускорение репаративных процессов, сокращение сроков грануляции послеоперационной раны, заживающей вторичным натяжением.

Действие адаптогена-иммуномодулятора элексира Алтайский (Витапис) в сочетании с ионно-активированными водными средствами на течение послеоперационного периода проявлялось также в снижении выраженности и длительности периода интоксикации продуктами распада опухоли, уменьшении болевого синдрома, нормализации исходно высокой температурной реакции, улучшении показателей клинического и биохимического показателей крови и данных иммунограмм.

Контрольную группу составили 80 таких же больных колоректальным раком разной локализации, клинические данные которых были взяты из историй болезней за последние пять лет и дополнены текущим мониторингом.

Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрастному показателю и характеру основной патологии.

У всех больных проведена оценка состояния системы иммунитета по показателям сывороточных антител (АТ) к ДНК, γ -интерферона, β 2-гликопротеина, коллагена, миозина. Используются твердофазный ИФА и тест-набор ЭЛИ-Тест (МИЦ «Иммункулус», Москва).

По уровню ауто-АТ к антигенам основных органов и тканей проводилась оценка степени метастатического поражения внутренних органов (печени, легких, ЖКТ, мозга), а также нарушения функций сердечно-сосудистой, нервной, мочевыделительной систем, щитовидной и поджелудочной желез.

По показателям иммунограмм пациенты были разделены на две группы. 1-ю составили больные с аномальной активацией иммунитета (у 46 больных уровень ауто-АТ, характеризующий состояние 11 органов и систем, был повышен). Эта группа пациентов была прогностически более благоприятна.

Больные 2-й группы характеризовались супрессией аутоиммунитета (уровень ауто-АТ был аномально снижен). В этой группе течение заболевания было менее благоприятным, имелись признаки состояния иммунодефицита и сопутствующие инфекционные процессы. Таких пациентов в поздней стадии онкозаболевания было около 80%.

Пациенты с показателями иммуносупрессии для повышения показателей «качества жизни» (оценивались по шкале Карновского) дополнительно внутривенно получали иммуноглобулины, курс лечения быстродействующими адаптогенами «Витапис» в сочетании с ионно-активированными водными растворами, а также препараты гепатопротекторы и энтеропротекторы отечественного производства «Гепатосан» и «Энтеросан».

Объем паллиативного хирургического вмешательства определялся локализацией злокачественной опухоли и степенью распространения опухолевого процесса (табл. 4).

В зависимости от степени распространения опухолевого процесса больным исследуемой группы проводилось либо комбинированное (с использованием предоперационной дистанционной гамматерапии), либо чисто хирургическое (при наличии отдаленных метастазов) лечение.

Всем больным во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде, а также при установлении стентов ЖКТ, при пункциях метастатических плевритов и лечении распадающихся опухолей,

Библиографическая ссылка:

Антонов А.К. Хирургическое и восстановительное лечение онкологических больных в поздней стадии заболевания // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 2-124. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5051.pdf> (дата обращения: 24.12.2014).

проводилась плановая антибактериальная терапия, инфузионно-трансфузионная терапия, вводились антикоагулянтные и обезболивающие препараты.

Таблица 4

Паллиативные хирургического операции у онкологических больных с IV –ой стадией заболевания

Нозологические формы онкологических больных в поздней стадии заболевания (оперативные вмешательства, манипуляции)	Получали «Витапис» и АНК (83 больных)		Контрольная группа (80 больных)	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
Циторедуктивная брюшноанальная резекция прямой кишки	13	15,7	14	17,5
Паллиативная экстирпация прямой кишки	16	19,3	18	23,7
Паллиативная гемиколэктомия слева	14	16,8	14	17,5
Паллиативная гемиколэктомия справа	11	13,3	7	8,75
Стентирование при опухолевых стриктурах пищевода и ЖКТ	12	14,5	11	13,8
Иммунотерапия метастатического плеврита	13	15,7	10	12,5
Неходжкинская лимфома с распадом	4	4,7	6	7,5
ВСЕГО:	83	100,0	80	100,0

Полученные данные позволяют заключить, что иммунодепрессия у онкологических больных в поздней стадии заболевания более выражена, что взаимосвязано с частотой и тяжестью инфекционных осложнений.

Препарат элексира Алтайский (Витапис) и ионно-активированные водные средства в основной группе больных раком толстой кишки применяли в пред- и послеоперационном периоде, а также при установке стентов ЖКТ и в лечении больных с распадом опухоли мягких тканей с неходжкинской лимфомой.

На курс лечения элексира Алтайский (Витапис) больные получали 20 таблеток по 25 мг, 15 капель (1 чайная ложка) микстуры утром натощак за 15-30 минут до завтрака.

Микстуру и таблетки элексира Алтайского (Витапис) записывали 50 мл ионно-активированным водным раствором (рН = 7,7 ± 0,5; ОВП (окислительно-восстановительный потенциал) = +250 ... + 800 мВ), полученным на установках типа «Изумруд».

При полостных операциях брюшная полость и малый таз промывались 5 минут анолитом (АНК), затем 2-3 минуты – католитом. При распадающихся опухолях мягких тканей, после операции и при гнойных воспалениях в течение двух недель рана промывалась 2-3 минуты анолитом, затем 2-3 минуты – католитом. Курс дополнительного лечения составлял в среднем 18-25 дней.

Кроме общеклинических методов обследования больных, проводились исследования гуморального и клеточного иммунитета и по показаниям - микробиологические исследования. Динамика иммунологических показателей у больных исследуемой группы, изученная до и после применения элексира Алтайского (Витапис) в сочетании с ионно-активированными водными средствами, представлена в табл. 5.

Результативность терапии адаптогенами-иммуномодуляторами элексира Алтайского (Витапис) в сочетании с ионно-активированными водными средствами оценивали в послеоперационном периоде перед выпиской больных из стационара.

Анализ динамики течения онкологического процесса в группе больных, которые в предоперационном и в послеоперационном периодах дополнительно получили курс терапии элексира Алтайского (Витапис) в сочетании с ионно-активированными водными средствами, показал, что в сравнении с больными контрольной группы, в основной группе достоверно улучшились показатели иммунитета и самочувствие, нормализовалась температура.

Библиографическая ссылка:

Антонов А.К. Хирургическое и восстановительное лечение онкологических больных в поздней стадии заболевания // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 2-124. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5051.pdf> (дата обращения: 24.12.2014).

Показатели иммунограммы у онкологических больных в IV - ой стадии заболевания при использовании элексира Алтайского (Витавис) и ионно-активированных водных средств

Изученные показатели	Исходные данные	После лечения «Витавис» и ионно-активированными водными средствами
Лейкоциты	6950	7250
Лимфоциты, %	26,7	24,6
Лимфоциты, абс.	1479,8	1637,4
CD3+ (Т-лимфоциты), %	62,7	64,5
CD4+ (Т-хелп/инд), %	31,8	38,5
CD5+(Т-лимфоциты), %	67,6	68,4
CD8+ (Т-супр/цит), %	26,1	25,8
CD7+ (Т-лимф, НК), %	61,6	69,2
CD20+ (В-лимфоциты), %	7,8	13,4
CD38+ (актив, лимф.), %	28,1	39,5
CD16+ (НК-клетки), %	27,0	18,0
CD25+(реуенТор ИЛ2), %	0,73	0,96
CD50+ (мол. адгез.), %	94,4	93,9
Показатели гуморального иммунитета		
IgA, мг/мл	2,0	2,8
IgM, мг/мл	1,0	1,2
IgG, мг/мл	11,3	12,3

Перед выпиской этих больных из стационара оптимизация показателей Т-клеточного иммунитета подтвердила корригирующее действие препарата элексира Алтайского (Витавис) при совместном использовании с ионно-активированными водными средствами. Достоверно увеличились показатели CD3+, CD4+ клеток.

Послеоперационный период у обследованных онкологических больных IV-ой стадии колоректального рака протекал благоприятно. Частота послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в группе больных, получавших адаптоген элексира Алтайский («Витавис») и ЭХА водный раствор, составила 10,8%, в сравнении с 28,8% в контрольной группе. Эти данные представлены в табл. 6.

Таблица 6

Инфекционные осложнения у онкологических больных IV-ой стадии заболевания

Характер осложнений	Применение элексира Алтайский (Витавис) с ионно-активированными водными средствами (83 больных)		Контроль (80 больных)	
	абс. число	%	абс. число	%
Раневая инфекция	1	1.2	7	8.7
Абсцесс, флегмона	2	2.4	5	6.2
Послеоперац. перитонит	-	-	1	1.3
Послеоперац. пневмония	1	1.2	3	3.8
Урологические осложнения	5	6.0	7	8.8
ВСЕГО	9	10.8	23	28.8

В группе больных колоректальным раком IV-й стадии, которым по жизненным показаниям проведена брюшно-промежностная экстирпация и тампонада раны промежности, в динамике цитологических

Библиографическая ссылка:

Антонов А.К. Хирургическое и восстановительное лечение онкологических больных в поздней стадии заболевания // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 2-124. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5051.pdf> (дата обращения: 24.12.2014).

исследований мазков из раны отмечено ускорение репаративных процессов, сокращение сроков грануляции послеоперационной раны, заживающей вторичным натяжением.

Действие адаптогена-иммуномодулятора элексир Алтайский (Витавис) в сочетании с ионно-активированными водными средствами в после операционном периоде проявлялось в уменьшении интоксикации продуктами распада опухоли, снижении болевого синдрома, нормализации температурной реакции.

Клинический пример 1. С 2000 по 2012 год в ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина, в Медико-технической академии и в городской клинической больнице № 81 у онкологических больных в поздних стадиях заболевания с опухолью пищевода и других отделов желудочно-кишечного тракта при опухолевых стриктурах были установлены 186 саморасширяющихся стентов малоинвазивными способами (СРМС). Всего - 143 больных (М - 95, Ж - 48); средний возраст 62,3 года (30÷86).

Показания: стриктуры пищевода (55 - 38,5%), пищеводно-желудочного перехода (17-11,9%), желудка (8-5,6%), 12-перстной кишки (10-6,9%), толстой кишки (2-1,4%), дигестивные анастомозы (34-23,8%), а также стриктуры пищевода, сочетающиеся с пищеводно-респираторно/средостенными фистулами (17-11,9%) больных. Использованы СРМС, производства МЛ. Tech (Корея), Optimed (Германия), МИТ (Россия).

Стентирование проведено: а) интервенционно-радиологическим (рентгенвизуализация) и б) рентген-эндоскопическим (двойная визуализация рентген- и эндоскопическая - в рамках единой процедуры) способами.

В перечне послеоперационных осложнений отмечены: миграция стента у 15 (10,5%), кровотечение у 2 (1,4%), пролежни/свищи у 4 (2,8%), опухолевый рестеноз у 11 (7,7%), обтурация пищей у 2 (1,4%), разрушение стента у 6 (4,2%), неполное раскрытие стента у 4 (2,8%), болевой синдром у 6 (4,2%), инвагинация в стент у 1 (0,7%), некорректная установка у 14 (9,8%).

В целом число «беспроблемных» стентирований составило 64%.

Это ещё раз свидетельствует, что установка СРМС - эффективный и безопасный способ восстановления нарушенной проходимости ЖКТ. Двойная визуализация позволяет прецизионно позиционировать стенты, обеспечивая их оптимальное функционирование.

Больные основной группы с целью уменьшения инфекционных осложнений и улучшения качества жизни дополнительно получили курс лечения быстродействующими адаптогеном-иммуномодулятором элексир Алтайский (Витавис) в сочетании с ионно-активированными водными средствами. Это позволило проводить ряд манипуляций амбулаторно или с пребыванием онкологических больных в стационаре 1-2 суток.

Клинический пример 2. Опухолевый метастатический плеврит является частым грозным осложнением при раке легкого, молочной железы, раке яичников, почек и других формах рака. Плевральный экссудат приводит к сдавливанию легкого, смещению средостения, к дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. Накопление плеврального экссудата ведет к значительной потере жидкости, белка, электролитов и т.п. Часто опухолевый плеврит является единственным проявлением заболевания и причиной летального исхода.

Для лечения опухолевых плевритов традиционно используют системную и местную химиотерапию, внутриплевральное введение неспецифических склерозирующих агентов. В последние годы появились сведения об эффективности иммунотерапии опухолевых плевритов при локальном ведении цитокинов, главным образом - лимфокина-интерлейкина-2 (ИЛ-2).

Инкубация *in vitro* лимфоцитов с ИЛ-2 в течение 2-7 суток повышает способность Т-киллеров лизировать опухолевые клетки, не повреждая при этом нормальные ткани. Полученные посредством инкубации с ИЛ-2 лимфоциты получили название лимфокинлактивированных киллеров (ЛАК).

С декабря 2009 по август 2011 года автором с коллегами проведено лечение 52 больных, включая рак легкого (17), молочной железы (12), гортани (2), щитовидной железы (1), яичников (5), почки (2), пищевода (2), мезотелиомы плевры (5), а также метастатического опухолевого плеврита из невыявленного первичного очага (4) и других локализаций (2).

Внутриплевральная иммунотерапия онкологических больных.

Клинические примеры. При проведении ИЛ-2/ЛАК-иммунотерапии по методу К.С. Титова и М.В. Киселевского (2011) плевральная полость дренировалась катетером в течение 2-4 нед. под местной анестезией. В большинстве случаев плевральную пункцию проводили по лопаточной и заднеподмышечной линии. На основании рентгенологических исследований пункции проводились в местах наибольшего скопления плеврального выпота.

Для дренирования плевральной полости использован набор «Плеврокан» (США), а также подключичный катетер, соединенный со стерильными емкостями, содержащими гепарин (20 ед./мл). В эти емкости эвакуировался экссудат. Плевральная полость ежедневно осушалась перед введением препарата. На цитологическое исследование экссудат отправляли до проведения иммунотерапии и в конце каждой недели курса. Контрольное рентгенологическое исследование проводили после прекращения или

Библиографическая ссылка:

Антонов А.К. Хирургическое и восстановительное лечение онкологических больных в поздней стадии заболевания // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 2-124. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5051.pdf> (дата обращения: 24.12.2014).

уменьшения экссудации или через 4 нед. в случае отсутствия эффекта. При обнаружении осумкованной жидкости проводили дополнительную пункцию, и после удаления жидкости в плевральную полость вводили Ронколейкин (ИЛ-2).

Полученный экссудат центрифугированием (1000 об./мин. в течение 20 мин) разделялся на клеточную и плазменную часть. Плазменная часть в тех случаях, когда проводилась ее реинфузия, дополнительно центрифугировалась при 6000 об./мин в течение 30 мин для элиминации клеточных фрагментов и затем, после цитологического контроля, бактериологического и биохимического исследований, возвращалась больному внутривенно.

Из клеточной фракции выделялись мононуклеарные лейкоциты и опухолевые клетки в двухступенчатом градиенте плотности Ficoll-Hystopaque (Sigma, США). Из мононуклеарных лейкоцитов генерировали ЛАК, опухолевые клетки использовались для оценки цитотоксической активности мононуклеарных лейкоцитов и ЛАК.

Исходная концентрация мононуклеарных лейкоцитов составляла 2 млн./мл. В питательную среду добавляли ИЛ-2 (Ронколейкин, Биотех, Россия) в концентрации 1000 МЕ/мл. Мононуклеарные лейкоциты инкубировали в CO₂-инкубаторе при 37°C и 5% CO₂ в течение 48 ч. По окончании инкубации полученные ЛАК дважды отмывали от среды и ресуспендировали в 20 мл физиологического раствора. До и после активации клетки проходили цитологическое исследование. Аллогенные ЛАК генерировали из мононуклеарных лейкоцитов, выделенных из периферической крови здоровых доноров.

Все больные получили 1-3 курса ИЛ-2/ЛАК-иммунотерапии. Каждый курс состоял из 5 внутриплевральных инъекций Ронколейкина (ИЛ-2) в дозе 0,5-1,0 млн. МЕ и 5 инъекций ЛАК по 50-100 млн. клеток. Курс лечения продолжался 2 нед.

Эффективность лечения оценивалась по срокам накопления экссудата и по изменению его клеточного состава (уменьшению числа опухолевых и увеличению числа лимфоидных клеток). За полный эффект принималось отсутствие плеврального выпота в течение месяца. Частичный эффект соответствовал незначительному накоплению жидкости в отграниченных полостях, которое не требовало ее удаления.

ИЛ-2/ЛАК-иммунотерапия расширила возможности противоопухолевого лечения. Более того, при опухолевых плевритах она имеет преимущества в сравнении с традиционными методами. В отличие от неспецифических склерозирующих агентов (талк, тетрациклин, доксициклин и т.п.), приводящих к развитию грануляционной ткани, которая затем инфильтрируется опухолью, иммунотерапия стимулирует местный противоопухолевый клеточный иммунитет, приводит к лизису опухоли. Ее также выгодно отличает от химиотерапии отсутствие токсичности, возможность применения в случаях лекарственной резистентности. Наконец, новый метод позволяет улучшать качество жизни посредством реинфузии плазменной части экссудата.

Внедрение ИЛ-2/ЛАК-иммунотерапии в онкологическую практику, после разработки отечественных препаратов «Лимфокинин» и «Ронколейкин», стало эффективно расширяться.

Вместе с тем, побочные эффекты ЛАК-иммунотерапии включают повышение температуры до 39°C, слабость, аллергические реакции, подъем артериального давления, тахикардию. Поэтому для уменьшения побочных явлений и повышения эффективности ЛАК-иммунотерапии был использован иммуномодулятор-адаптоген элексир Алтайский (Витапис) в сочетании с ионно-активированными водными средствами.

Клинический пример 1. Больная Д., 67 лет, в 2005 г. перенесла экстирпацию матки с придатками по поводу рака яичников и полихимиотерапию. В 2011 г. обратилась в городскую клиническую больницу № 20, где выявлен метастатический процесс в правом легком, наличие специфического обсеменения плевры, осложненный гемморагическим плевритом. Основное заболевание прогрессировало. После клинического обследования и цитологического подтверждения наличия злокачественных клеток в экссудате, под местной анестезией выполнена плевральная пункция с установкой на три недели дренажа «Плеврокан».

Проведена полихимиотерапия «спасения» в режиме: гексален 260 мг/м² в сутки с 1-го по 15-й день. Внутриплеврально введен химиопрепарат циклофосфан 200 мг/м². После введения химиопрепарата больная почувствовала недомогание, слабость, тошноту, рвоту, боли в суставах и мышцах. Ухудшились показатели гемограммы, иммунограммы и биохимия крови. Больная жаловалась на бессонницу, раздражительность, плаксивость, отсутствие аппетита, чувство тяжести в правом подреберье, слабость мышц ног, затруднения при ходьбе, одышку, кашель. Для оптимизации состояния больной использованы 3 курса ИЛ-2/ЛАК-иммунотерапии. Каждый курс включал 5 внутриплевральных инъекций Ронколейкина (ИЛ-2) в дозе 0,5-1,0 млн. МЕ и 5 инъекций ЛАК по 50-100 млн. клеток. В соответствии со схемой, курс лечения продолжался 2 недели.

В качестве сопроводительной терапии дополнительно был назначен курс препарата элексир Алтайский (Витапис) по 1 таблетке 0,25 мг и по 15 мл микстуры в течение 3 недель ежедневно.

Из постоянного плеврального дренажа «Плеврокан» через день производилась эвакуация метастатического - гемморагического отделяемого и внутриплеврально через «Плеврокан» вводилось 20 мл ано-

Библиографическая ссылка:

Антонов А.К. Хирургическое и восстановительное лечение онкологических больных в поздней стадии заболевания // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 2-124. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5051.pdf> (дата обращения: 24.12.2014).

лита нейтрального (АНК). Одновременно больная принимала внутрь ионно-активированный водный раствор 50 мл каждый день, полученный на установке «Изумруд».

«Плеврокан» в плевральную полость был поставлен в ГКБ № 20 после проведения полихимиотерапии «спасения». Анолит нейтральный (АНК) имел следующие параметры: (рН = 2,0 ± 0,1; ОВП = 500 ± 100мВ), полученный на установке типа СТЭЛ.

В процессе лечения элексиrom Алтайским (Витапис) и ионоактивированными водными средствами «АНК», больная сразу отметила улучшение своего состояния, самочувствия, уменьшение болей в желудке, появление бодрости. Уменьшилась тахикардия, исчезла плаксивость и депрессия, наладился сон, уменьшились боли в суставах, она стала проходить большие расстояния на улице, вернулась к домашнему труду. Улучшились показатели клинического анализа крови, иммунограммы, биохимические показатели крови и в целом «качество жизни».

Таким образом, использование в комплексном паллиативном лечении ИЛ-2/ЛАК-иммунотерапии (ронколейкин в дозе 0,5-1,0 млн. МЕ и 5 инъекций ЛАК по 50-100 млн. клеток) и сопроводительной терапии быстродействующим адаптогеном-иммуномодулятором элексиrom Алтайским (Витапис) в сочетании с ионно-активированными водными средствами, позволило улучшить общее состояние, качество жизни больной с метастатическим плевритом.

Сопроводительная терапия элексиrom Алтайского (Витапис) в сочетании с ионно-активированными водными растворами повысила эффективность ЛАК-иммунотерапии. Опухолевый плеврит исчез, «ПЛЕВРОКАН» из плевральной полости был удален, «качество жизни» пациентки улучшилось. В состоянии оптимизма больная прожила в течение года.

Выводы:

1. Применение элексиrom Алтайского (Витапис) в сочетании с ионно-активированными водными средствами у онкологических больных с IV – ой стадией, перенесших оперативное лечение и малоинвазивные операции и манипуляции позволило повысить неспецифическую сопротивляемость организма онкологических больных, свести на нет окислительный стресс и повысить иммунитет.

2. В результате использования элексиrom Алтайского (Витапис) и ионно-активированных водных средств у онкологических больных IV –ой стадией, подтвержденных большим операциям, а также малоинвазивным операциям и манипуляциям, удалось избежать большинства послеоперационных инфекционных осложнений, сократить послеоперационный период в 1,5 – 2 раза, уменьшить пребывание в стационаре на 7 – 10 дней положенного срока и улучшить качество жизни этого тяжелого контингента онкологических пациентов.

Литература

1. Ассесорова Ю.Ю., Пономарева Л.А., Киреев Г.В., Бойко И.Б. Предшественники N-нитрозосоединений в питьевой воде и заболеваемость злокачественными новообразованиями органов пищеварения в Ташкенте // Гигиена и санитария. 2011. № 1. С. 39–42.
2. Ашбах Д.С. Живая и мёртвая вода против свободных радикалов и старения. М.: изд-во Астрель, АСТ, 2011. 191 с.
3. Ашбах Д.С. Живая и мёртвая вода. Лекарство от 100 болезней. М.: изд-во Астрель, АСТ, 2011. 159 с.
4. Ашбах Д.С. Вы не больны – вы окислены. СПб.: Вектор, 2012. 224 с.
5. Бахир В.М. Электрохимическая активация. 2 ч. М.: ВНИИИМТ, 1992. 657 с.
6. Белоносков И.С., Яковлева Э.Г., Яковлев К.И. Изменение некоторых биохимических показателей крови у доноров при приеме элеутерококка на фоне кровопускания // Тез. докл. 12-й науч. конф. Хабаровского мед. ин-та. Хабаровск, 1965. С.211–212.
7. Берченко Г.Н. Морфологические аспекты заживления осложненных ран: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1997. 43 с.
8. Борисенков М.Ф., Анисимов В.Н. Риск развития рака у женщин: Возможная связь с географической широтой и некоторыми экономическими и социальными факторами // Вопросы онкологии. 2011. Т. 57. С. 343–354.
9. Бочарова О.А. Адаптогены как средства профилактической онкологии. // Вестник РАМН. 1999. № 5. С. 49–53.
10. Бучнов А.Д., Гречко А.Т., Мурга Я.Т. Фармакотерапия «быстродействующими адаптогенами» нарушений при гипотрофии у призывников. // Проблемы реабилитации. 2000. №1. С. 144–147.
11. Bofetta P., Nyberg F. Contribution of environmental factors to cancer risk. // Brit. Med. Bull. 2003. Vol.68. P.71–94.
12. Cantor K.P. Carcinogens in drinking water: the epidemiologic evidence // Reviews on Environmental Health. 2010. Vol. 25. P. 9–16.

Библиографическая ссылка:

Антонов А.К. Хирургическое и восстановительное лечение онкологических больных в поздней стадии заболевания // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 2-124. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5051.pdf> (дата обращения: 24.12.2014).

References

1. Assessorova YuYu, Ponomareva LA, Kireev GV, Boyko IB. Predshestvenniki N-nitrosoedineniy v pit'evoy vode i zabolevaemost' zlokachestvennyimi novoobrazovaniyami organov pishchevareniya v Tashkente. Gigiena i sanitariya. 2011;1:39-42. Russian.
2. Ashbakh DS. Zhivaya i mertvaya voda protiv svobodnykh radikalov i stareniya. Moscow: izd-vo Astrel', AST; 2011. Russian.
3. Ashbakh DS. Zhivaya i mertvaya voda. Lekarstvo ot 100 bolezney. Moscow: izd-vo Astrel', AST; 2011. Russian.
4. Ashbakh DS. Vy ne bol'ny – vy okisleny. SPb.: Vektor; 2012. Russian.
5. Bakhir VM. Elektrokhimicheskaya aktivatsiya. 2 ch. Moscow: VNIIMT; 1992. Russian.
6. Belonosov IS, Yakovleva EG, Yakovlev KI. Izmenenie nekotorykh biokhimicheskikh pokazateley krovi u donorov pri prieme eleuterokokka na fone krvopuskaniya. Tez. dokl. 12-y nauch. konf. Khabarovskogo med. in-ta. Khabarovsk; 1965. Russian.
7. Berchenko GN. Morfologicheskie aspekty zzhivleniya oslozhnennykh ran [dissertation]. Moscow (Moscow region); 1997. Russian.
8. Borisenkov MF, Anisimov VN. Risk razvitiya raka u zhenshchin: Vozmozhnaya svyaz' s geografi-cheskoy shirotoy i nekotorymi ekonomicheskimi i sotsial'nymi faktorami. Voprosy onkolo-gii. 2011;57:343-54. Russian.
9. Bocharova OA. Adaptogeny kak sredstva profilakticheskoy onkologii. Vestnik RAMN. 1999;5:49-53. Russian.
10. Buchnov AD, Grechko AT, Murga YaT. Farmakoterapiya «bystrodeystvuyushchimi adaptogenami» na-rusheniy pri gipotrofii u prizyvnikov. Problemy reabilitatsii. 2000;1:144-7. Russian.
11. Bofetta P, Nyberg F. Contribution of environmental fac-tors to cancer risk. Brit. Med. Bull. 2003;68:71-94.
12. Cantor KP. Carcinogens in drinking water: the epi-demiologic evidence. Reviews on Environmental Health. 2010;25:9-16.

Библиографическая ссылка:

Антонов А.К. Хирургическое и восстановительное лечение онкологических больных в поздней стадии заболевания // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 2-124. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5051.pdf> (дата обращения: 24.12.2014).