

An abstract graphic consisting of several overlapping, wavy, blue lines that create a sense of depth and movement, resembling a stylized wave or a modern architectural element. The lines are more densely packed in some areas, creating a textured effect.

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ.
ОНКОУРОЛОГИЯ**

МАТЕРИАЛЫ ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
14 МАЯ 2010 г.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ
ФГУ «МНИО ИМЕНИ П.А. ГЕРЦЕНА РОСМЕДТЕХНОЛОГИЙ»
ГУЗ «ТАМБОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»
ГОУВПО «ТАМБОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ Г.Р. ДЕРЖАВИНА»**

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ. ОНКОУРОЛОГИЯ

**МАТЕРИАЛЫ ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
14 МАЯ 2010 Г.**



Тамбов 2010

УДК 616-007
ББК 53/57
С56

Редакционная коллегия:

- Русаков И.Г.** – д.м.н., профессор, заведующий отделением урологии МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий;
Милованов В.В. – главный врач ГУЗ «ГООД»;
Барсуков С.В. – заместитель главного врача по медицинской части ГУЗ «ГООД»;
Османов Э.А. – д.м.н., профессор, директор Медицинского института Тамбовского государственного университета имени Г.Р. Державина;
Огнерубов Н.А. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии и лучевой терапии с диагностикой Медицинского института Тамбовского государственного университета имени Г.Р. Державина (отв. ред.);
Шутова С.В. – к.б.н., доцент, зам. директора Медицинского института по научной работе Тамбовского государственного университета имени Г.Р. Державина

С56 **Современные** проблемы клинической медицины. Онкоурология : мат-лы Всерос. науч.-практ. конф. 14 мая 2010 г. / отв. ред. Н.А. Огнерубов ; М-во здравоохранения и соц. развития РФ [и др.]. Тамбов : Издательский дом ТГУ им. Г.Р. Державина, 2010. 160 с.

В сборник включены материалы докладов, представленных на Всероссийскую научно-практическую конференцию «Современные проблемы клинической медицины. Онкоурология». В них изложены основные проблемы современных медицинских технологий хирургического, лучевого, лекарственного и комбинированного лечения рака почки, предстательной железы и мочевого пузыря для внедрения в практическое здравоохранение.

УДК 616-007
ББК 53/57

© ГОУВПО «Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина», 2010

Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ	7
Секция 1.	
ОПУХОЛИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
<i>Барсуков С.В., Березин П.Г., Чернышов А.И.</i> Первый опыт радикальной простатэктомии	8
<i>Березин П.Г.</i> Гормонотерапия и комбинация с лучевым лечением больных локализованным раком предстательной железы	9
<i>Березин П.Г.</i> Максимальная андрогенная блокада в клинической практике	10
<i>Березин П.Г., Камнева Н.А.</i> Результаты гормонотерапии (МАБ) в сочетании с лучевой терапией у больных с местнораспространенным раком предстательной железы	12
<i>Березин П.Г., Милованов В.В.</i> Пути повышения эффективности паллиативного лечения больных диссеминированным раком предстательной железы и его возможности	13
<i>Мамаев А.А., Овод А.И.</i> Комплексный анализ медико-фармацевтической помощи больным раком предстательной железы	17
<i>Милованов В.В.</i> Заболеваемость и смертность при онкоурологической патологии в Тамбовской области	19
<i>Милованов В.В.</i> Скрининг рака предстательной железы в г. Тамбове. Результаты	32
<i>Огнерубов Н.А., Шатов А.В., Милякова В.Н., Шатов И.А.</i> Магнитно-резонансная томография с использованием диффузно-взвешенных изображений в диагностике рака предстательной железы	33
<i>Шатов А.В., Огнерубов Н.А., Шатов И.А., Милякова В.Н.</i> Магнитно-резонансная томография в диагностике локализованного рака предстательной железы	36
<i>Шлегель А.П., Дударева Е.Г.</i> Анализ заболеваемости местнораспространенного рака предстательной железы 2004-2009 гг.	38
Секция 2.	
ОПУХОЛИ ПОЧКИ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	
<i>Барсуков С.В.</i> Хирургическое лечение колоректального рака с инвазией мочевого пузыря	40
<i>Барсуков С.В.</i> Хирургия местнораспространенного рака почки	41

<i>Барсуков С.В.</i> Хирургия местных рецидивов рака почки после нефрэктомии	43
<i>Березин П.Г.</i> Лечение поверхностного рака мочевого пузыря. Результаты	44
<i>Герасименко М.Н., Пургина И.В., Зуков Р.А., Перетока Е.С.</i> Состояние про- и антиоксидантной системы крови при раке почки	46
<i>Грибанова Р.П., Шлегель А.П.</i> Рак почки в Бийской медико-географической зоне	48

Секция 3.

ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ

<i>Барсуков С.В., Коченкова И.В.</i> Случай хирургического лечения рака шейки матки, осложненного инвазией шейки мочевого пузыря, профузным кровотечением и перфорацией в брюшную полость	50
<i>Коченкова И.В.</i> Результаты лечения рецидивов рака шейки матки	51
<i>Мансурова Г.А.</i> Клинический случай хориокарциномы	56
<i>Огнерубов Н.А., Проценко В.Н., Колосовская Т.И., Апостол Н.М., Огнерубова М.А.</i> Первичная циторедукция при раке яичника: объем удаляемых тканей	58
<i>Ханбекова Г.А.</i> Опыт хирургического лечения больных раком тела матки в Тамбовском областном онкологическом диспансере (2006-2008 гг.)	61

Секция 4.

РАЗНОЕ

<i>Алленова Е.Н., Милованов В.В., Эльперин Л.С.</i> Филлоидные опухоли молочной железы	65
<i>Афендулов С.А., Введенский В.С., Мишин А.С.</i> Психосоциальный статус пациентов с колостомой на этапах хирургической реабилитации	68
<i>Афендулов С.А., Мишин А.С., Журавлев Г.Ю., Веденский В.С.</i> Причины летальных исходов при раке толстой кишки, осложненном острой обтурационной непроходимостью	71
<i>Баранов О.В., Поповичев Е.А.</i> Хирургическое лечение рака пищевода по материалам ГУЗ «Тамбовский областной онкологический диспансер»	74

<i>Баранов А.В., Соловьев В.Л.</i> Морфологический метод исследования при дифференциальной диагностике патологических новообразований легких	76
<i>Гумарева Г.Е., Османов Э.М.</i> Структура смертности в лечебно-профилактических учреждениях Тамбовской области по данным аутопсий	80
<i>Ежова Е.Н.</i> Анализ результатов цитологического скрининга в централизованной цитологической лаборатории	88
<i>Ежова Е.Н.</i> Исследование Д-димера у больных со злокачественными новообразованиями	93
<i>Камнева Н.А.</i> Лучевое лечение неходжкинских лимфом	95
<i>Камнева Н.А.</i> Роль рентгенологических методов в топометрической подготовке лучевого лечения	101
<i>Лебедев В.В., Чернышев А.В.</i> Анализ медицинской активности сельского населения Тамбовской области в отношении урологической помощи	104
<i>Мионов О.В., Топоркова О.В., Тищенко А.В.</i> Лекарственное лечение немелкоклеточного рака легкого	110
<i>Мионов О.В., Топоркова О.В., Тищенко А.В.</i> Лечение фебрильной нейтропении	112
<i>Мионов О.В., Топоркова О.В., Тищенко А.В.</i> Опухолевые плевриты (дифференциальная диагностика и лечение)	116
<i>Мякинин М.А.</i> Опыт лечения сарком мягких тканей в ГУЗ «Тамбовский областной онкологический диспансер»	122
<i>Огнерубов Н.А., Позднякова Д.В.</i> Злокачественные опухоли органов дыхания у мужчин Тамбовской области: особенности эпидемиологии	124
<i>Огнерубов Н.А., Проценко В.Н., Колосовская Т.И.</i> Возможности подкожной радикальной мастэктомии с сохранением сосково-ареолярного комплекса и кожи с одновременным эндопротезированием в хирургическом лечении рака молочной железы	129
<i>Огнерубов Н.А., Проценко В.Н., Колосовская Т.И.</i> Клиническая эффективность схемы таксола в комбинации с доксорубицином при неoadьювантной химиотерапии местнораспространенного рака молочной железы	131
<i>Огнерубов Н.А., Сухорукова Е.В.</i> Рак молочной железы в Тамбовской области: некоторые вопросы эпидемиологии	133
<i>Османов С.Э.</i> Вопросы реабилитации детей с умственной отсталостью	138

<i>Садретдинов Р.А.</i> Функциональная диагностика васкулитов инфекционной природы	145
<i>Сысоева Е.П.</i> Опыт применения севофлурана	149
<i>Темников И.Н., Алленова Е.Н., Мякинин М.А.</i> Опыт реабилита- ции голосовой функции после ларингэктомии	151
<i>Чернышов А.И., Неплюева Т.В.</i> Опыт лечения послеоперацион- ных кишечных свищей в Тамбовском областном онкологи- ческом диспансере	154
<i>Шатов И.А., Милякова В.Н., Шатов А.В., Огнерубов Н.А.</i> Воз- можности магнитно-резонансной томографии в прогнози- ровании результатов консервативного лечения грыж меж- позвонковых дисков	157

ПРЕДИСЛОВИЕ

За последние годы в диагностике и лечении злокачественных опухолей получены значительные достижения, обусловленные прогрессом в области фундаментальных достижений и внедрением их в практическую деятельность.

Предлагаемый вашему вниманию сборник научных трудов посвящен весьма актуальной на сегодняшний день проблеме – урологическим злокачественным опухолям. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения России в 2008 году на их долю приходится 18,5%. Не случайно, местом проведения научно-практической конференции выбран город Тамбов, где, наряду с другими регионами, отмечаются максимальные показатели суммарной онкологической заболеваемости. Сборник, в основном, содержит собственные результаты и исследования практических врачей онкологических диспансеров различных регионов России.

*Огнерубов Н.А. – заведующий кафедрой
онкологии и лучевой терапии с диагностикой Медицинского института
Тамбовского государственного университета имени Г.Р. Державина,
доктор медицинских наук, профессор*

Секция 1. ОПУХОЛИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

Барсуков С.В., Березин П.Г., Чернышов А.И.

ГУЗ «Тамбовский областной онкологический диспансер»

Радикальная простатэктомия (РПЭ) в ряду с лучевой терапией и выжидательной тактикой является основным методом лечения локализованных форм рака предстательной железы (РПЖ). В последнее время активно выполняется данная операция и при местно-распространенном (Т3а) РПЖ.

Критерием отбора больных для операции являются:

1. локализованная форма РПЖ (Т1-2N0M0);
2. Т3а стадия с умеренной экстрапростатической инвазией;
3. ожидаемая продолжительность жизни не менее 10 лет;
4. отсутствие выраженной сопутствующей патологии;
5. наличие морфологической верификации процесса перед операцией.

Представленный клинический случай является первой радикальной простатэктомией при РПЖ в Тамбовской области. Пациент К., 58 лет, болен РПЖ в течении 1 года, когда был диагностирован РПЖ Т2N0M0 2 кл группа. Гистологическое исследование биоптата — аденокарцинома. При диагностике ПСА- 6,6 нг\мл. Больному в урологическом отделении произведена двухсторонняя орхэктомия, затем в течении года проводилась гормональная терапия в амбулаторном режиме, достигнута стабилизация процесса с нормализацией показателей ПСА. При поступлении состояние удовлетворительное, дизурических расстройств нет, предстательная железа пальпаторно 4 на 3 см, плотная. При лучевых и сонографическом методах исследования данных за распространение опухоли за капсулу и за регионарные и отдаленные мтс не выявлены. Больной оперирован под комбинированной анестезией с включением перидуральной анестезии. Катетеризация мочевого пузыря катетером Фолея. Доступ нижнее – срединный позадилонный. Произведена подвздошная и obturatorная лимфодиссекция с обеих сторон. Мобилизация железы осуществлялась острым путем с использованием коагуляции «фотekom». Дорсальный венозный комплекс прошит викрилом и пересечен. Препарат удален в капсуле. Наложен

пузырно-уретральный анастомоз викрилом на катетере Фолея. Дренирование тазовых пространств. Интраоперационная кровопотеря составила 800 мл. Продолжительность операции 2 часа 30 мин. По период протекал без осложнений. Катетер Фолея удален на 14 сутки. Гистология-крупноацинарная аденокарцинома, метастазов в лимфатических узлах не выявлено. Больной выписан на 16 сутки послеоперационного периода без осложнений.

Представленное клиническое наблюдение показывает возможность выполнения радикальной простатэктомии в условиях специализированного отделения.

ГОРМОНОТЕРАПИЯ И КОМБИНАЦИЯ С ЛУЧЕВЫМ ЛЕЧЕНИЕМ БОЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗОВАННЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Березин П.Г.

ГУЗ «Гамбовский областной онкологический диспансер»

Введение: Современное гормонолечение и лучевая терапия объективно улучшают качество жизни больных и увеличивают их выживаемость.

Цель: Оценить эффективность гормонолечения и лучевой терапии данной категории больных

Материал и методы. Основу исследования составили 28 больных. Период наблюдения 5лет – 2004-2008 гг. Пациенты разделены на группы с хорошим и плохим прогнозом.

Благоприятным прогностическим фактором у больных РПЖ являются: категория Т (Т1-Т2) степень дифференцировки по шкале Глисона менее или равно 6 баллам. ПСА менее или равно 10 нг/мл.

19 больных с хорошим прогнозом, с плохим прогнозом 9 больных.

К пациентам с плохим прогнозом отнесены больные имеющие 2 или 3 прогностических фактора. У всех больных диагноз подтвержден морфологическим исследованием с дифференцировкой опухоли по шкале Глисона. Гистологические препараты у всех больных консультированы морфологами МНИОИ им. П.А.Герцена. Больные с хорошим прогнозом опухоль Т1 – Т2 Глисон менее – равно 6 баллов, ПСА менее – равно 10 нг/мл получили гормонолечение в режиме МАБ, монотерапии – касодекс 150мг 1 раз в сутки.

У 15 больных стойкая стабилизация процесса с отсутствием прогрессирования заболевания.

У 4 – переход в стадию Т3-Т4, прогрессирование заболевания, что потребовало назначение лучевой терапии. Пятилетняя выживаемость составила 85,3%.

9 пациентам с плохим прогнозом назначалась гормонотерапия: неоадьювантная – 3 месяца, сопутствующая (во время облучения), адьювантная – 12 месяцев, лучевое лечение на ПЖ. СОД 70гр.

У 2 больных на фоне проводимого лечения прогрессирование заболевания: метастазирование в кости скелета с ухудшением качества жизни. У 2 больных наступила острая задержка мочи, что потребовало наложения цистостомы.

У 5 больных – стабилизация процесса.

Результаты: Срок наблюдения 5 лет. Все 28 больных получили лечение. 15 больных получивших гормонолечение – стабилизация, у 4 прогрессирование заболевания, переход в категорию Т3-Т4.

Среди 9 больных с плохим прогнозом – прогрессирование заболевания с метастазированием в кости скелета у 2 больных, у 5 пациентов – стабилизация процесса, у 2 – острая задержка мочи.

Пятилетняя выживаемость составила 30%.

Выводы: Гормонолечение клинически локализованного РПЖ с хорошим прогнозом для жизни позволяет добиться вполне удовлетворительных результатов и может конкурировать с хирургическим методом лечения.

Больным с плохим прогнозом для жизни на фоне гормонолечения требуется назначение лучевой терапии, что позволяет улучшить качество жизни данной категории больных.

МАКСИМАЛЬНАЯ АНДРОГЕННАЯ БЛОКАДА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Березин П.Г.

ГУЗ «Гамбовский областной онкологический диспансер»

Целью данной работы явилось изучение лечения режима МАБ в клинической практике.

Материал и методы

Изучение проводилось на амбулаторном приеме онкополиклиники. В исследовании приняло участие 10 больных РПЖ (рак предста-

тельной железы) в разных стадиях по системе TNM. T1-2 больных, T2-5 больных, T3 – 3 больных.

Трое больных – метастатический рак стадия T3,осложненный острой задержкой мочи. Всем больным наложена эпицистостома. Гистологическая форма РПЖ была представлена умеренно, высоко и низкодифференцированной аденокарциномой. Данные больные наблюдались в период 6 месяцев. Степень градации опухоли по шкале Глиссона была следующей:

5 баллов-3 больных

7 баллов-4 больных

8 баллов-3 больных 50

Преобладали больные с умереннодифференцированным РПЖ. Возраст больных колебался от 50 до 78 лет.

Результаты

1. При оценке результатов применения режима МАБ (касодекс 150 мг + золадекс 3,6 мг) у пациентов с РПЖ В стадии T3N0M0 уровень ПСА накануне лечения составлял 56,4-34,6нг/мл. За время лечения снижался до 0,4-0,1 нг/мл.

2. У трех больных с РПЖ T2N0M0 осложненных острой задержкой мочи, требующих наложения цистостомы, удалось восстановить мочеиспускание через уретру.

3. У всех 10 наблюдаемых больных при проведении МАБ наступила стабилизация процесса.

Выводы

1. Режим МАБ эффективен у больных с РПЖ в разных стадиях заболевания.

2. Наши наблюдения не противоречат литературным сообщениям в медицинской литературе.

Литература

1. Матвеев Б.П., Бухаркин Б.В., Нужна ли максимальная андрогенная блокада в лечении рака предстательной железы // Урология 2003. №6. С. 6-10.

2. Лоран О.Б., Томкевич Б.А. Касодекс 150 мг в лечении больных раком предстательной железы в стадиях T3NxM0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ГОРМОНОТЕРАПИИ (МАБ) В СОЧЕТАНИИ С ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ У БОЛЬНЫХ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Березин П.Г., Камнева Н.А.

ГУЗ «Тамбовский областной онкологический диспансер»

Цель работы: изучение эффективности лечения относительно качества жизни больных.

Материал и методы: всего в исследование включено 14 больных с раком предстательной железы (РПЖ) в стадии T3N0M0-T4N0M0 по системе TNM. Период наблюдения 18 месяцев. Вся группа больных получала режим максимальной андрогенной блокады (касодекс + золадекс). Возраст больных колебался от 60 до 82 лет.

Уровень простатического специфического антигена (ПСА) составлял от 30,6 нг/мл до 82,4 нг/мл.

Изучение проводилось на амбулаторном приеме онкополиклиники и радиологическом отделении Тамбовского областного онкологического диспансера.

Степень градации по шкале Глиссона: 8 баллов – 9 больных, 7 баллов – 5 больных.

Гормонолечение проводилось в неоадьювантном режиме с целью уменьшения размеров опухоли.

Показанием для назначения лучевой терапии явилось отсутствие объективного ответа на гормонолечение: нарастание симптомов хронической задержки мочи, обострение пиелонефрита, азотемия, уретерогидронефроз и др.

Приобретенная гормонорезистентность (период удвоения ПСА) в процессе лечения в нашем исследовании отмечен у 10 больных. У 4 больных нарастание симптомов нарушения мочеиспускания, вплоть до острой задержки мочи.

В радиологическом отделении проводилась дистанционная лучевая терапия на аппарате ЛУЭ 6МЭВ. Разовая очаговая доза 2 гр. Подводилась ежедневно 5 раз в неделю. Лучевая терапия проводилась в 3 этапа. На I этапе в зону облучения включена первичная опухоль предстательной железы, а также регионарные тазовые лимфоузлы. РОД 2гр. До СОД 24 – 26 гр. На II этапе проводилось локальное облучение до 40 гр. III этап проводился как первый до СОД 70 гр.

Таким образом СОД на первичный очаг составил 70 гр., СОД на тазовые лимфоузлы составил 40 гр.

Результаты:

1. У 13 пациентов через 3 месяца после окончания лучевого лечения отмечалась значительная регрессия опухоли. Уровень ПСА снизился с 30,6 – 82,4 нг/мл до 10,2 – 26,2 нг/мл.

2. У больного с острой задержкой мочи проведение лучевого лечения на катетере Фолея позволило добиться восстановления самостоятельного мочеиспускания.

Выводы:

Комплексное гормонолечение в неoadьювантном режиме у больных с местнораспространенным РПЖ Т3-4N0M0, а также проведение лучевого лечения значительно улучшает качество жизни пациентов данной группы.

Литература

Александров В.П., Карелин М.И. Рак предстательной железы. СПб.: изд. Дом СПбМАПО, 2004.

Онкоурология. Материалы I конгресса Российского общества онкоурологов, 4-5 октября 2006 г., г. Москва.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЕГО ВОЗМОЖНОСТИ

Березин П.Г., Милованов В.В.

ГУЗ «Гамбовский областной онкологический диспансер»

Проблема лечения рака предстательной железы (РПЖ) в настоящее время считается одной из наиболее актуальной, так как среди злокачественных новообразований мочеполовых органов этот вид опухоли выявляется наиболее часто (В.А. Соловов, 2006). В структуре онкоурологических заболеваний в России РПЖ составляет 36% (В.Н. Шолохов, 1999). Так, в 2005г. из всех больных с первичнодиагностированным РПЖ у 36,6%- локализованный рак, 38,6% – местнораспространенный рак, 21,7%-метастатический рак (Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению в России в 2005 г. М., 2007).Смертность от РПЖ и его осложнений в 2005 г. составляет 9,86% в структуре причин смерти от онколо-

гических заболеваний у мужчин (Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Заболеваемость и смертность. М., 2007). Средняя продолжительность жизни у данной когорты больных с момента установления диагноза составляет от 6 до 13 месяцев.

Цель исследования: Определить возможности паллиативного лечения больных диссеминированным РПЖ путем рационального применения современных методов противоопухолевой и симптоматической терапии.

Материал и методы: За период 2007-2009г. проведен анализ результатов паллиативного лечения у 47 больных. Местнораспространенный – 22 больных. Генерализованный РПЖ -25.Средний возраст больных 60-75 лет. Пик заболеваемости РПЖ составил 63-70 лет. Больные распределены на группы:

Первая группа сформирована из больных 3-4 стадии РПЖ с поражением капсулы предстательной железы и поражением региональных лимфоузлов-22 больных.

Вторая группа сформирована из больных 4 стадии рака предстательной железы только с метастатическим поражением костей скелета-12 больных.

Третья группа-13 больных включала в себя больных 4 стадии рака предстательной железы с осложнениями связанных с основным заболеванием: острая задержка мочи, болевой синдром не купирующийся наркотическими анальгетиками, компрессионные переломы позвонков, острая почечная недостаточность.

Больные первой группы получали только гормональное лечение. Из них 12 больным была произведена двусторонняя орхидэктомия в качестве компонента МАБ и далее они получали нестероидные антиандрогены (флутамид в дозе 750 мг в сутки или бикалутамид в дозе 50 мг в сутки).6 больных получали агонисты ЛГРГ в дозе 3,6 мг один раз в 28 дней в комбинации с антиандрогенами в течении 12 месяцев в постоянном и далее в прерывистом режиме. 4 больных получали бикалутамид (касодекс в дозе 150 мг один раз в сутки) в монорежиме. Для проведения гормонотерапии в прерывистом режиме отбирались больные с благоприятным прогнозом (наименьшее число баллов по Глиссону, минимальный первичный уровень ПСА).

Больные второй группы-7 больных получали лечение в режиме МАБ в течении 12 месяцев в постоянном режиме, а в дальнейшем в прерывистом режиме в сочетании с бифосфонатами (зомета). 5 больных получали МАБ в постоянном или прерывистом режиме в сочетании с лучевой терапией на зоны болевого синдрома.

Больным из третьей группы проводилось только симптоматическое лечение. 3 больным выполнена ТУР предстательной железы, 4 больным выполнена чрезкожная нефростомия на стороне поражения с более выраженным болевым синдромом. 6 больным наложена цистостома в связи с острой задержкой мочи.

Всем этим больным из третьей группы проводилась симптоматическая терапия, направленная на облегчение страданий. Специфической терапии больные не получали, так как исчерпали свои возможности на предыдущих этапах лечения. Кроме того, все больные с метастазами в кости скелета, получающие препарат зомета, дополнительно получали 500 мг кальция в сутки с витамином D. Прием данных препаратов уменьшает уровень паразитовидного гормона.

Данное лечение проводили на фоне иммунотерапии. Доза препарата (лайферон, роферон, реаферон) составляла не менее 250 млн ЕД.

У всех больных диагноз подтвержден морфологически и оценены по шкале Глиссона. Более чем у половины больных: 27 – низкодифференцированные опухоли (7-10 баллов по Глиссону). 20 больных – высокодифференцированные опухоли (2-4 балла по Глиссону).

Стадирование определялось с использованием данных УЗИ забрюшинных, подвздошных лимфатических узлов, сцинтиграфии костей скелета, тазовой компьютерной томографии.

Всем больным перед включением в исследование определен общий уровень ПСА, оценена степень поражения костной системы, болевой синдром, симптомы инфравезикальной обструкции.

Результаты: Срок наблюдения за больными 36 месяцев. Продолжительность жизни определялась с момента первичного посещения каждого больного до последнего визита или смерти от 2 до 36 месяцев. Уровень ПСА до начала лечения составлял от 14,5 нг/мл до 2000нг/мл. По истечении срока наблюдения у всех больных 1 группы уровень ПСА был от 2,5 нг/мл до 10 нг/мл. За период наблюдения группа больных (12) после орхидэктомии, получающих антиандрогены, все живы. В настоящее время они получают МАБ в прерывистом режиме. Период между ИГТ составляет от 2 до 9 месяцев, возобновлялся при значениях ПСА более 10 нг/мл, прерывался при значениях ПСА менее 4 нг/мл. В течении данного времени ежемесячно определяли уровень ПСА и оценивалось качество жизни. Оценивая результаты лечения больных, получивших МАБ в постоянном и прерывистом режимах, мы не отметили значительных различий в общей выживаемости, вероятно, это связано с небольшим сроком наблюдения. Важно отметить, что больные из группы прерывистой МАБ имеют лучшее качество жизни,

т.к. у них восстанавливалась потенция и сексуальный интерес. Среднее время восстановления лучшего качества жизни от 30 до 45 дней.

Больные второй группы, получающие МАБ с бифосфонатами, продолжают получать ее в настоящее время, из них 5 больных получают ее прерывисто. Распределение больных по количеству метастатических очагов: от 6 до 20 очагов-5 больных, более 20 и практически тотально-7 больных. На фоне проводимого лечения у всех больных отмечено снижение болевого синдрома, не появились новые очаги в процессе лечения, уменьшился риск возникновения патологических переломов. Медиана выживаемости составила 26 месяцев. У двух больных отмечено уменьшение метастатических очагов до 4 после 12 месяцев гормонотерапии в режиме МАБ.

В третьей группе больных симптоматического лечения медиана выживаемости составила до 8 месяцев. В дальнейшем наблюдалось прогрессирование заболевания, появление новых очагов в костях, рост уровня ПСА.6 больных умерли от прогрессирования РПЖ, 5 больных – от осложнений основного заболевания.

При сравнении результатов паллиативного лечения 2 групп больных с группой симптоматической терапии отмечено достоверное увеличение продолжительности жизни, улучшение ее качества.

Полученные нами результаты свидетельствуют о несомненной положительной значимости данного подхода в лечении такой категории больных.

Выводы:

1. Гормональная терапия местно-распространенного и генерализованного РПЖ на фоне иммунолечения достоверно увеличивает до 26 месяцев продолжительность и улучшает качество жизни больных данной патологии.

2. Интермитирующая гормональная терапия местно-распространенного РПЖ при сравнении ее с постоянной гормонотерапией обладает равной с ней эффективностью и даже ее превосходит по улучшению качества жизни.

3. Применение различных методов паллиативного лечения значительно и достоверно увеличивает продолжительность и качество жизни больных ГРПЖ в сравнении с группой больных без специфической терапии.

КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мамаев А.А., Овод А.И.

Курский государственный медицинский университет

Согласно данным официальной статистики онкологические заболевания являются второй по значимости причиной смертности населения РФ. В 2008г. в стране было выявлено 490734 новых случаев злокачественного новообразования, 46,5% из которых выявлено у мужчин.

Рак предстательной железы (РПЖ) является социально-значимой патологией в связи с неуклонным ростом заболеваемости и смертности и высоким процентом инвалидизации мужского населения. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужчин России РПЖ занимает четвертое место – 9,7%, после опухоли трахеи, бронхов, легкого (20,4%), желудка (10,0%) и кожи(9,6%).

В связи с этим целью настоящего исследования явилось комплексное изучение основных аспектов медицинской помощи больным РПЖ.

На первом этапе проведен анализ показателей заболеваемости и смертности мужского населения по изучаемой патологии в РФ и Курской области за период 2000-2009 гг. Темпы прироста абсолютного числа вновь выявленных больных с диагнозом РПЖ в 2009 г. в регионе имели значения 0,91% для всего населения и 8,22% для мужского населения. Величина данного показателя при анализе смертности от РПЖ в Курской области принимала отрицательное значение (-1,42%).

Для прогнозирования показателей заболеваемости и смертности на региональном уровне использовался метод корреляционного-регрессионного анализа. В качестве моделей, наилучшим образом описывающих взаимосвязь переменных выбранного корреляционного ряда показателей заболеваемости и смертности со временем отобраны две аппроксимирующие функции. Согласно полученному прогнозу средняя численность впервые в жизни зарегистрированных больных в 2010-2012 гг. возрастет до 176, 190 и 204 чел. соответственно. Число летальных случаев по причине заболеваемости злокачественным новообразованием РПЖ незначительно снизится до 60 чел. в тот же прогнозный период.

На втором этапе проведен анализ фармацевтического рынка специфических ЛС, применяемых для лечения РПЖ в РФ и Курской области.

В настоящее время лечение РПЖ регламентируется стандартом медицинской помощи (утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 8 июля 2005г. № 445). На основании данного документа, а также Федерального руководства по использованию лекарственных средств (выпуск X) и сведений справочной литературы, был составлен перечень из 38 международных непатентованных наименований (МНН). Всего на фармацевтическом рынке страны существуют 410 лекарственных препарата (ЛП), большинство из которых относятся к фармакотерапевтическим группам (ФТГ) «Противоопухолевые препараты» (45,6%) и «Кортикостероиды системного действия» (20,5%).

Анализ ассортимента ЛС по производственному признаку показал, что большинство из них производятся за рубежом – 62,4% (256 препаратов), а отечественные лекарства занимают долю 37,6% (154) в общей структуре.

Препараты для лечения РПЖ представлены различными типами лекарственных форм, но наиболее часто применяются жидкие формы – 47,0%. Среди них преобладают водные растворы (17,8%) и концентраты (24,9%).

Аналогичным образом проанализирован локальный рынок ЛС на основании данных закупок Курского областного онкологического диспансера (КООД). Выявлено, что ассортимент в Курской области представлен 21 МНН, которые закупаются в виде 56 ЛП, большинство из которых относятся к группе «Противоопухолевые препараты» (61,1%). Таким образом, фактически закупаемые в Курской области химиотерапевтические средства для лечения РПЖ составляют 13,7% от общего числа всех предложений, зарегистрированных в РФ.

На следующем этапе в ходе контент-анализа 50 истории болезни пациентов, проходивших лечение на базе КООД, был составлен медико-социологический протрет больного РПЖ. Большинство пациентов – мужчины в возрасте старше 70 лет (49,0%), проживающие в городе (52,9%) и в настоящее время являющиеся пенсионерами (76,5%). Значительная доля поступивших на лечение зарегистрированы со II (29,4%) и III стадиями заболевания (39,2%). Среди сопутствующих патологий преобладают болезни сердечно-сосудистой системы (51,0%). При выборе тактики лечения для 86,3% больных предпочтение отдавалось комбинированному методу, совмещающему медика-

ментозную терапию и оперативное вмешательство (52,3%). Кроме того установлено, что в стационаре больные проводили в основном от 6 до 15 дней (41,7%).

Дальнейшее изучение лекарственных назначений методом выкопировки данных из 50 истории болезни пациентов, пролеченных в КООД, позволило составить полный перечень медикаментов фактической терапии РПЖ, содержащий 56 наименований ЛС. Систематизация ассортимента согласно ФТГ-классификации позволила установить, что значительную долю в общей структуре составляют группы «Витамины» (8,9%), «Анальгетики» (7,1%), «Нестероидные противовоспалительные средства» (7,1%) и «Противоопухолевые гормональные средства» (7,1%); доля остальных групп варьирует в пределах от 5,4% до 1,8%.

Рассчитанный для всех позиций коэффициент интенсивности потребления ЛС свидетельствует, что наиболее часто больным назначались такие препараты, как Промедол в амп. (55,0% больных), раствор Глюкозы 5% во флак. (53,0%), Цефазолин во флак. (51,0%), Гентамицин во флак. (43,0%) и Флутамид в табл. (40,0%).

Для определения групп ЛС, прогноз потребности в которых может быть осуществлен с высокой и средней точностью, были рассчитаны коэффициенты вариации для каждого ЛП из полного перечня назначений (56 препаратов). В группы со значением показателя до 10% и от 10 до 30% вошло 22 ЛС (39,3%) и 4 ЛС (7,1%) соответственно.

Таким образом, проведенный комплексный анализ основных аспектов медицинской и лекарственной помощи больным РПЖ позволяет выделить основные критерии, имеющие существенное значение при определении затрат на лечение больных, а также при прогнозировании потребности в ЛС.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ПРИ ОНКОУРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Милованов В.В.

ГУЗ «Тамбовский областной онкологический диспансер»

Рак почки.

Заболеваемость раком почки в Тамбовской области имеет ярко выраженную тенденцию к росту. Особенностью данного роста является резкий скачок заболеваемости в 2008 году – почти в 2 раза. Причина

данного феномена носит в основном организационный характер. В 2007 году вышел приказ управления здравоохранения области, направленный на повышение качества онкологической отчетности. Ранее, в урологических стационарах области извещения о впервые выявленном злокачественном новообразовании на больных, оперированных по поводу рака почки, как впрочем, и другой онкоурологической патологии, как правило, не составлялись. Данная документация составлялась позже, врачами поликлиники диспансера, при поступлении больных на прием. Часть же больных, оперированных по поводу ранних форм заболевания, не нуждающаяся, по мнению урологов, в комбинированном лечении, из ложно понимаемых деонтологических принципов, на прием к онкологу не направлялась и в статистике не учитывалась, либо учитывалась позже, при появлении прогрессии заболевания. Данный же приказ подчеркнул обязательность составления первичной онкологической документации по месту выявления онкопатологии. В 2009 году отмечено снижение как заболеваемости, так и смертности от рака почки (рис. 1).

Попытка определить источник роста заболеваемости в отдельных территориях области не дала оснований к однозначным выводам из-за малого количества абсолютных чисел. Имеется ряд не связанных между собой территорий, где имеется резкий всплеск заболеваемости.

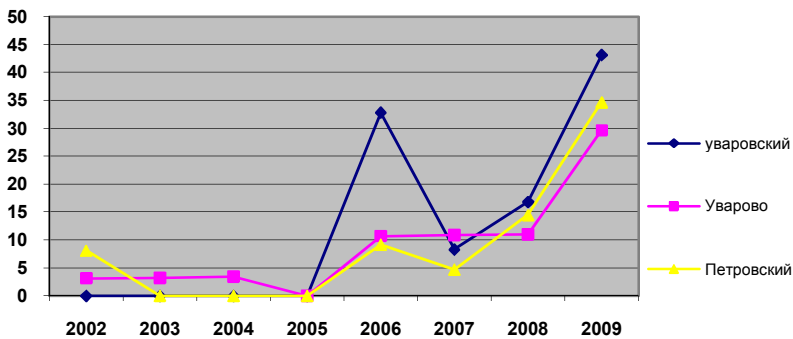


Рис. 1.

Наряду с этим в соседних территориях зафиксировано заметное снижение заболеваемости.

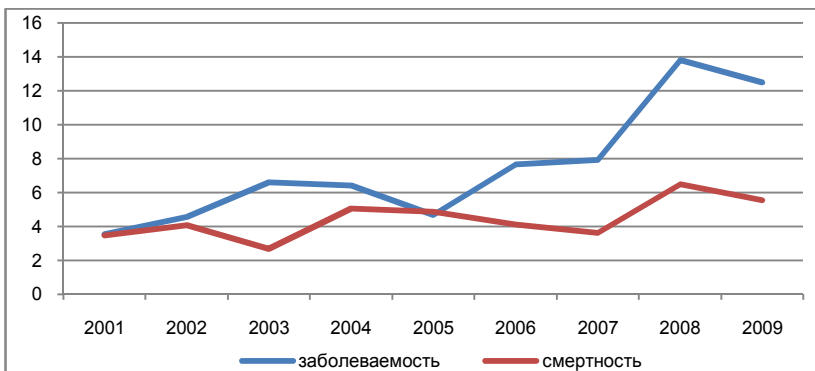


Рис. 2.

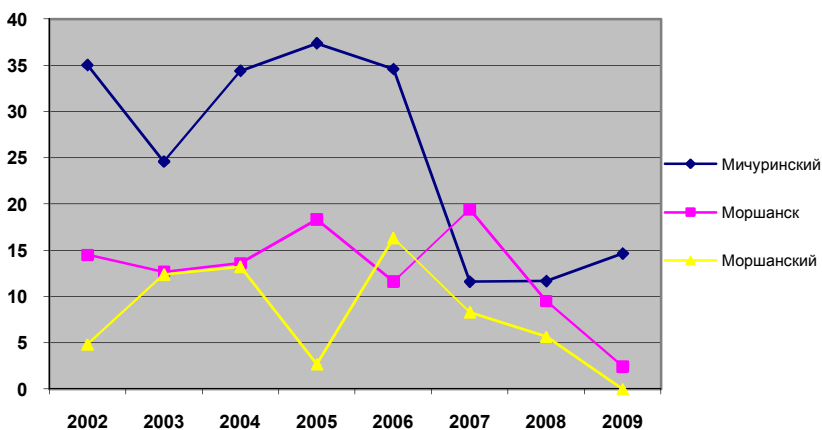


Рис. 3.

В крупных городах – Тамбове, Мичуринске наблюдается постепенный рост заболеваемости.

В ряде территорий заболеваемость стабильна на средних числах. Хирургическое лечение рака почки выполняется в урологическом стационаре ГУЗ «ТОБ», к сожалению, в основном транслюмбально, и в ГУЗ «ТООД» лапоротомным доступом. Широко применяемое ранее лучевое лечение на ложе удаленной почки в настоящее время применяется лишь при заведомо нерадикальном характере операции.

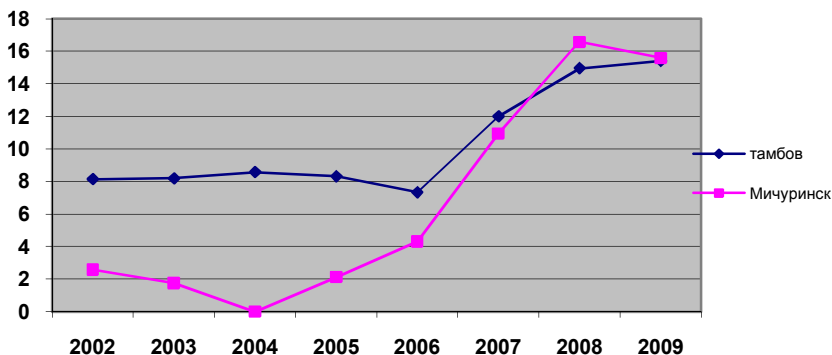


Рис. 4.

В последние годы хирургическая тактика при прогрессировании заболевания становится активной. В отдельных случаях выполняются обширные вмешательства при рецидивах в зоне операции (ГУЗ «ТО-ОД»), единичных метастазах в легких (ГУЗ «ТОБ»). Лекарственное лечение выполняется в основном в объеме иммунотерапии, однако в последние годы в единичных случаях с успехом использовались современные препараты и комбинации. Сдерживает широкое внедрение данных схем высокая стоимость препаратов и отсутствие большинства из них в перечне ДЛО.

Рак мочевого пузыря.

Заболеваемость раком мочевого пузыря в области стабильно высока, несколько превышает среднероссийский показатель и показатели соседних областей, за исключением Рязанской (по данным за 2008 год). Превышение обусловлено большей заболеваемостью мужского населения. Мужчины заболевают в 5 раз чаще женщин, как и в целом по стране. Небольшой подъем заболеваемости в 2008 году также объясняется улучшением учета данной патологии. Смертность от данной патологии при незначительных статистических колебаниях не имеет тенденции к росту, как и в ситуации с заболеваемостью, несколько выше среднероссийских показателей и показателей соседних областей, за исключением Рязанской. Хирургическое лечение рака мочевого пузыря в объеме ТУР и секторальных резекций проводится в урологическом стационаре областной больницы. В единичных случаях – цистэктомия без пластики пузыря. Лучевое лечение в адьювантном или паллиативном режиме проводится в ГУЗ «ТООД». При наличии показаний проводится БЦЖ-терапия и курсы пхт в ГУЗ «ТООД».

Приложение №1

**Заболеваемость раком почки в Тамбовской области
в 2001 году, 2006, 2007, 2008 и 2009 годах**

Годы	Все население				Мужчины				Женщины			
	Абс. число	Показатель на 100 тыс. населения			Абс. число	Показатель на 100 тыс. населения			Абс. число	Показатель на 100 тыс. населения		
		«гру- бый»	стан- дар- тизо- ван- ный	ошибка ст. показ		«гру- бый»	стан- дарти- зован- ный	ошиб- ка ст. показ		«гру- бый»	стан- дар- тизо- ван- ный	ошибка ст. показ
2001	45	3,60	3,12	0,54	24	4,18	4,15	0,96	21	3,11	2,08	0,48
2006	87	7,74	4,86	0,59	50	9,79	7,12	1,08	37	6,04	3,54	0,77
2007	88	7,92	4,94	0,60	46	9,11	6,61	1,08	42	6,92	3,68	0,63
2008	152	13,80	8,44	0,77	86	17,21	11,07	1,24	66	10,97	6,94	1,07
2009	137	12,49	7,93	0,73	90	10,00	13,52	1,49	47	7,81	4,18	0,66

**Смертность от рака почки в Тамбовской области
в 2001 году, 2006, 2007, 2008 и 2009 годах**

Годы	Все население				Мужчины				Женщины			
	Абс. чис ло	Показатель на 100 тыс. населения			Абс. число	Показатель на 100 тыс. населения			Абс. число	Показатель на 100 тыс. населения		
		«гру- бый»	стан- дарти- зован- ный	ошибка ст. показ		«гру- бый»	стан- дарти- зован- ный	ошибка ст. показ		«гру- бый»	стан- дарти- зован- ный	ошибка ст. показ
2001	56	4,48	2,83	0,45	30	5,22	4,16	0,86	26	3,86	1,80	0,39
2006	61	5,43	3,40	0,52	37	7,24	5,34	0,95	24	3,92	2,04	0,64
2007	71	6,39	3,57	0,51	46	9,11	6,39	1,06	25	4,12	1,73	0,43
2008	66	5,99	3,03	0,40	39	7,80	4,91	0,82	27	4,49	1,73	0,39
2009	61	5,56	3,30	0,45	45	9,04	6,35	0,98	16	2,67	1,33	0,36

Приложение №3

Заболееваемость раком мочевого пузыря в Тамбовской области
в 2001 году, 2006, 2007, 2008 и 2009 годах

Годы	Все население				Мужчины				Женщины			
	Абс. число	Показатель на 100 тыс. населения			Абс. число	Показатель на 100 тыс. населения			Абс. число	Показатель на 100 тыс. населения		
		«грубый»	стандартизованный	ошибка ст. показ		«грубый»	стандартизованный	ошибка ст. показ.		«грубый»	стандартизованный	ошибка ст. показ
2001	135	10,81	6,83	0,63	88	15,32	11,28	1,24	47	6,97	4,33	0,69
2006	121	10,77	5,58	0,57	97	18,99	13,20	1,46	24	3,92	1,56	0,40
2007	125	11,25	5,96	0,61	96	19,02	12,76	1,41	29	4,78	1,75	0,40
2008	152	13,80	6,79	0,61	126	25,21	15,33	1,44	26	4,32	1,89	0,42
2009	134	12,16	7,77	0,67	112	22,40	17,51	1,60	22	3,65	1,88	0,41

Приложение №4

Смертность от рака мочевого пузыря в Тамбовской области
в 2001 году, 2006, 2007, 2008 и 2009 годах

Годы	Все население				Мужчины				Женщины			
	Абс. число	Показатель на 100 тыс. населения			Абс. число	Показатель на 100 тыс. населения			Абс. число	Показатель на 100 тыс. населения		
		«группый»	стандартизованный	ошибка ст. показ		«группый»	стандартизованный	ошибка ст. показ		«группый»	стандартизованный	ошибка ст. показ
2001	77	6,17	2,93	0,35	63	10,97	7,21	0,92	14	2,08	0,70	0,20
2006	91	8,10	3,76	0,45	73	14,29	9,58	1,24	18	2,94	0,88	0,22
2007	103	9,27	4,57	0,51	85	16,84	10,76	1,27	18	2,97	1,31	0,37
2008	75	6,81	3,00	0,39	62	12,41	7,35	0,99	13	2,16	0,63	0,21
2009	78	7,08	3,31	0,40	61	12,20	7,71	1,00	17	2,84	0,81	0,23

Рак предстательной железы.

Заболееваемость раком предстательной железы в области, хоть и выросла по сравнению с девяностыми годами прошлого века, в последние годы, при значительных ежегодных колебаниях в среднем держится на уровне 16-17 на 100 тыс. мужского населения, что почти в два раза ниже среднероссийского показателя за 2008 год и немного ниже показателей соседних областей. Традиционный небольшой подъем заболеваемости в 2008 году в данном случае обусловлен в большей мере ростом выявляемости.

Онкодиспансером совместно с 5-й п/кой г. Тамбова в 2008 году проводилось пилотное скрининговое исследование направленное на выявление рака предстательной железы приписного мужского населения путем определения уровня ПСА. Кроме того, определение ПСА было включено в объем диспансерного обследования работающего населения области. Смертность от рака предстательной железы в области незначительно ниже среднероссийской и соответствует показателям соседних областей. Малая дельта между заболеваемостью и смертностью от рака предстательной железы, по сравнению со среднероссийской говорит как о еще недостаточной выявляемости данной патологии в области, так и о недостатках в лечении. В области не выполняются радикальные операции при данной патологии, недостаточен объем лучевого лечения, не применяется радионуклидное лечение. В основном применяются различные схемы гормональной терапии.

Приложение №5

Заболееваемость раком предстательной железы в Тамбовской области и соседних областях в 2001 году, 2006, 2007, 2008 и 2009 годах

Годы	<i>Показатель на 100 тыс. мужчин</i>			
	Абс. число	«грубый»	стандарти- зованный	ошибка ст. показателя
2001	94	16,37	11,03	1,17
2006	124	24,27	17,48	1,72
2007	97	19,22	12,00	1,32
2008	136	27,21	17,29	1,59
2009	123	24,61	16,69	1,49

**Заболеваемость раком предстательной железы
в 2001 году**

	<i>Показатель на 100 тыс. мужчин</i>			
	Абс. число	«грубый»	стандарти- зованный	ошибка ст. показателя
Российская Федерация	12788	19,01	15,34	0,14
Тамбовская обл.	94	16,37	11,03	1,17
Воронежская обл.	224	20,07	12,80	0,88
Липецкая обл.	158	27,70	19,81	1,61
Рязанская обл.	90	15,59	10,05	1,08

**Заболеваемость раком предстательной железы
в 2006 году**

	<i>Показатель на 100 тыс. мужчин</i>			
	Абс. число	«грубый»	стандарти- зованный	ошибка ст. показателя
Российская Федерация	18092	27,41	21,41	0,17
Тамбовская обл.	124	24,27	17,48	1,72
Воронежская обл.	278	26,51	16,13	1,06
Липецкая обл.	168	31,33	22,47	1,92
Рязанская обл.	154	28,87	19,42	1,73

**Заболеваемость раком предстательной железы
в 2007 году**

	<i>Показатель на 100 тыс. мужчин</i>			
	Абс. число	«грубый»	стандарти- зованный	ошибка ст. показателя
Российская Федерация	20223	30,74	23,85	0,18
Тамбовская обл.	97	19,22	12,00	1,32
Воронежская обл.	380	36,55	22,49	1,27
Липецкая обл.	191	35,85	24,15	1,89
Рязанская обл.	152	28,74	18,64	1,64

**Заболеваемость раком предстательной железы
в 2008 году**

	<i>Показатель на 100 тыс. мужчин</i>			
	Абс. число	«грубый»	стандарти- зованный	ошибка ст. показателя
Российская Феде- рация	22129	33,69	26,03	0,18
Центральный ФО	7615	44,67	30,36	0,36
Тамбовская обл.	136	27,21	17,29	1,59
Воронежская обл.	388	37,56	22,64	1,23
Липецкая обл.	209	39,44	24,70	1,77
Рязанская обл.	156	29,72	18,71	1,59

Приложение №6

**Смертность от рака предстательной железы в Тамбовской
и соседних областях в 2001 году, 2006, 2007, 2008 и 2009 годах**

Годы	<i>Показатель на 100 тыс. мужчин</i>			
	Абс. число	«Грубый»	стандарти- зованный	ошибка ст. показателя
2001	64	11,14	7,10	0,91
2006	72	14,09	8,69	1,11
2007	75	14,86	8,68	1,11
2008	80	16,01	9,89	1,19
2009	56	10,08	6,43	0,93

**Смертность от рака предстательной железы
в 2001 году**

	<i>Показатель на 100 тыс. мужчин</i>			
	Абс. число	«Грубый»	стандарти- зованный	ошибка ст. показателя
Российская Федерация	6986	10,39	8,48	0,10
Тамбовская обл.	56	10,08	6,43	0,93
Воронежская обл.	104	9,32	5,87	0,59
Липецкая обл.	54	9,47	6,63	0,93
Рязанская обл.	55	9,53	6,19	0,85

**Смертность от рака предстательной железы
в 2006 году**

	<i>Показатель на 100 тыс. мужчин</i>			
	Абс. Число	«Грубый»	стандарти- зованный	ошибка ст. показателя
Российская Федерация	8516	12,90	10,08	0,12
Тамбовская обл.	72	14,09	8,69	1,11
Воронежская обл.	125	11,92	7,20	0,70
Липецкая обл.	69	12,87	9,51	1,29
Рязанская обл.	95	17,81	11,63	1,33

**Смертность от рака предстательной железы
в 2007 году**

	<i>Показатель на 100 тыс. мужчин</i>			
	Абс. Число	«Грубый»	стандарти- зованный	ошибка ст. показателя
Российская Федерация	8909	13,54	10,33	0,12
Тамбовская обл.	75	14,86	8,68	1,11
Воронежская обл.	154	14,81	8,61	0,75
Липецкая обл.	69	12,95	9,00	1,20
Рязанская обл.	80	15,13	8,66	1,04

**Смертность от рака предстательной железы
в 2008 году**

	<i>Показатель на 100 тыс. мужчин</i>			
	Абс. Число	«Грубый»	стандарти- зованный	ошибка ст. показателя
Российская Федерация	9452	14,39	10,88	0,12
Тамбовская обл.	80	16,01	9,89	1,19
Воронежская обл.	172	16,65	9,92	0,82
Липецкая обл.	74	13,97	8,79	1,08
Рязанская обл.	79	15,05	9,83	1,20

Приложение №7

Контингенты больных раком предстательной железы,
состоявших на учете в лечебно-профилактических учреждениях в 2008 году

	Абсолютное число больных с впервые в жизни установленным диагнозом	Из числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом					Летальность на первом году с момента установления диагноза %	
		Выявлено при профосмотрах %	Диагноз подтвержден морфологически %	Имели стадию заболевания				Стадия не установлена, %
				I- II	III	IV		
РФ	11964	9,2	88,4	35,1	40,3	21,9	2,7	26,2
ЦФО	3524	10,5	91,8	34,6	40,9	22,3	2,2	26,5
Тамбовская обл.	90	3,3	84,4	26,7	33,3	31,1	8,9	25,3
Тамбовская обл. 2009 г.	123	13,01	82,12	31,7	39,8	19,5	8,95	16,53
Воронежская обл.	211	9,0	92,4	35,5	43,6	20,9	0,0	23,3
Липецкая обл.	96	6,3	95,8	42,7	37,5	19,8	0,0	30,2
Рязанская обл.	146	8,9	93,8	30,8	46,6	20,5	2,1	38,8

СКРИНИНГ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В г.ТАМБОВЕ. РЕЗУЛЬТАТЫ

Милованов В.В.

ГУЗ «Гамбовский областной онкологический диспансер»

Цель исследования: Оценить эффективность мероприятий по выявлению рака предстательной железы у мужского населения путем определения уровня свободного ПСА.

Материал и методы: В исследование было включено мужское население, обслуживаемое поликлиникой №5 г.Тамбова в возрасте старше 50 лет. Всего 3607 человек. Всем им, путем агитации в средствах массовой информации и при поквартирных обходах участковых врачей, предложено проведение анализа крови на уровень свободного ПСА. В результате забор крови на ПСА проведен у 571 мужчин. Все пациенты с превышением нормальных показателей ПСА консультировались онкоурологом поликлиники, при необходимости направлялись на обследование в ГУЗ «ТООД». Обследование проводилось с мая по ноябрь 2007 года – период 7 месяцев.

Результаты: превышение уровня ПСА диагностировано у 89 исследуемых. Колебания ПСА составили: 4,4 нг/мл до 136 нг/мл.

У 59 выявлены доброкачественные образования и воспалительные изменения в предстательной железе. У 19 пациентов значение ПСА определилось в «серой шкале». У 11 пациентов выявлен рак предстательной железы.

Распределение по стадиям: локализованная (I-II стадия) – 5 пациентов. Местнораспространенный (III стадия) – 6 пациентов. Возраст больных от 50 до 80 лет. Всем 11 пациентам выполнена трансректальная биопсия простаты. Диагноз подтвержден морфологическим исследованием. Гистологическая форма РПЖ была представлена аденокарциномой.

Степень градации опухоли по шкале Глиссона была следующей:

8 баллов – 5 больных, 7 баллов – 3 больных, 6 баллов – 1 больной, 5 баллов – 2 больных. Преобладали больные с умерено и низкодифференцированными формами РПЖ.

Выводы: Доказана эффективность определения уровня ПСА при обследовании мужского населения с целью выявления рака предстательной железы.

Анализируя проделанную работу следует признать, что полноценного скрининга, т.е. единовременного охвата обследованием всего

запланированного контингента пациентов достичь не удалось даже в условиях его компактного проживания (городской район), наличия адекватной лабораторной базы и врачебных кадров.

Имело место пассивное, или негативное отношение ряда пациентов к обследованию, сезонность обращения, организационные, кадровые и финансовые проблемы.

Вместе с тем отмечена очень высокая эффективность проведенного обследования: процент превышения нормальных показателей ПСА составил более 15. уровень выявляемости первичного рака предстательной железы составил 1,9%, что по видимому связано с избирательной явкой на обследование пациентов с урологическими жалобами.

Несомненно повысилась онкологическая настороженность как обследованного населения, так и врачей первичного звена.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИФФУЗНО-ВЗВЕШЕННЫХ ИЗОБРАЖЕНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Огнерубов Н.А., Шатов А.В., Милякова В.Н., Шатов И.А.
Диагностический центр «Мед-Эксперт» (г. Воронеж),
Медицинский институт Тамбовского государственного университета
имени Г.Р. Державина

Рак предстательной железы (РПЖ) самая частая опухоль у мужчин, составляющая свыше 30 % случаев всех онкологических заболеваний. У пациентов с подозрением на РПЖ для морфологического подтверждения диагноза требуется пункционная биопсия под контролем трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) с получением 8-10 биоптатов. В последние годы для диагностики РПЖ широко используется магнитно-резонансная томография (МРТ). На ортогональных T2-взвешенных (T2-ВИ) МР-изображениях, обычно используемых для диагностики РПЖ, опухоль выглядит участком, или очагом, с низкой интенсивностью МР-сигнала, на фоне гиперинтенсивной в норме периферической зоны железы.

При этом, имея высокую чувствительность в выявлении подобных очагов, T2-ВИ характеризуются недостаточной специфичностью. Опухолевые узлы, которые в 30% случаев могут локализоваться в центральной зоне железы, на них невозможно дифференцировать от узлов

доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), также имеющих низкоинтенсивный МР-сигнал.

Четкая визуализация узлов РПЖ в периферической (ПЗ) и центральной (ЦЗ) зонах, уверенная дифференциальная диагностика их с узлами ДГПЖ, способствуют правильной их локализации, обеспечивая точность пункционной биопсии. Кроме этого, создаются возможности для эффективной брахитерапии, контроля результатов гормонотерапии, и раннего выявления рецидива.

Весьма перспективной альтернативой Т2-ВИ могут служить диффузно взвешенные изображения (ДФ-ВИ), обеспечивающие контрастность изображения посредством измерения диффузных свойств воды в тканях, и успешно применяемые в диагностике патологии головного мозга, включая опухоли головного мозга. Уменьшение внутриклеточного и интерстициального пространства, имеющее место при РПЖ, ограничивает диффузию воды в опухолевой ткани, приводя к выраженной разнице в скорости диффузии (и соответственно, коэффициентах диффузии, ADC) по сравнению с той, которая отмечается в железистой структуре нормальной железы с ее обильной сетью протоков, создавая возможность повышения тканевой контрастности.

Возможности ДФ-ВИ в диагностике РПЖ, только начали изучаться и имеются лишь немногочисленные и достаточно противоречивые данные об их диагностических возможностях при данной патологии.

Цель этого исследования состояла в определении возможностей ДФ-ВИ МРТ в идентификации и дифференциальной диагностике РПЖ от ДГПЖ и хронического простатита (ХП), путем сравнения коэффициентов диффузии (ADC) в опухолевых и неопухолевых очагах (ХП) периферической зоны, со значениями узлов ДГПЖ, которые расположены, главным образом, в ЦЗ.

За период с сентября 2008 г. по сентябрь 2009 г. было проведено проспективное комплексное, включающее МРТ предстательной обследование 39 пациентов в возрасте от 52 до 75 лет (медиана возраста 67,8 +/- 6,8 лет) с повышенным (4,0 нг/мл до 75,5 нг/мл) уровнем ПСА (14,1 +/- 10,1).

МР-томография проводилась через 6-14 недель (в среднем через 9,0) после биопсии. Исследование выполнялось на томографе Symphony (1,5 T) фирмы Siemens (Германия), и, помимо обязательных Т2-ВИ в ортогональных плоскостях по стандартному протоколу, включало дополнительное получение эхо-планарных ДФ-ВИ ($b = 300 \text{ mm}^2 \text{ s}^{-1}$, $500 \text{ mm}^2 \text{ s}^{-1}$ и $800 \text{ mm}^2 \text{ s}^{-1}$) в трех направлениях магнитного градиента диффузии. При этом у 35 (89,7 %) из них при

МРТ с получением Т2-ВИ были выявлены локализующиеся в периферической зоне предстательной железы очаги гипоинтенсивного МР-сигнала. У остальных четырех (10,3 %) пациентов при МРТ характерные для РПЖ МР-изменения в периферической зоне предстательной железы не были обнаружены.

Выполненная у всех пациентов под контролем ТРУЗИ пункционная биопсия в точках локализации подозрительных, по данным МРТ, на опухоль очагов подтвердила диагноз РПЖ только у 33 (84,6%). От каждого пациента было получено не меньше шести биоптатов. Количество положительных биоптатов составляло от одного до четырех, тогда как баллы шкалы Глиссона – от 4 до 8. Ни в одном из 8-и биоптатов полученных от каждого из 4-ех пациентов с отрицательными результатами МРТ клетки РПЖ не были обнаружены.

Все пациенты имели клинические стадию меньше или равную Т3N0M0. Средний коэффициент диффузии определялся для 33 злокачественных узелков периферической зоны, обнаруженных на Т2-ВИ и подверженных биопсии, 33-ех точек с локализацией в центральной доле железы и большей частью доброкачественных (узлы ДГПЖ), а также участков гипоинтенсивного МР-сигнала в периферической зоне, не являющихся злокачественными по результатам биопсии.

Значения коэффициента диффузии (ADC) для злокачественных узелков периферической зоны составили $1.35 \pm 0.30 \times 10^{-3}$, для узлов ДГПЖ – $1.51 \pm 0.15 \times 10^{-3}$ и для незлокачественных очагов (ХП) в периферической зоне $1.80 \pm 0,17 \times 10^{-3}$. Разница между всеми 3-мя группами пациентов была статистически значимой ($p = 0.01$ для злокачественных очагов ПЗ в сравнении с узлами ДГПЖ; $p = 0.0001$ при сравнении злокачественных узелков ПЗ с очагами ХП, и $p = 0.0001$ при сравнении узлов ДГПЖ очагов ХП в периферической зоне).

Проведенный нами статистический анализ с использованием ROC – кривой показал демаркационное среднее значение ADC, равное $1.41 \times 10^{-3} \text{ mm}^2 \text{ s}^{-1}$, которое позволяло дифференцировать злокачественные узелки ПЗ от узлов ДГПЖ в центральной зоне железы (чувствительность 65 %, специфичность 77 %) и равное $1.77 \times 10^{-3} \text{ mm}^2 \text{ s}^{-1}$, для узлов РПЖ и очагов ХП в периферической зоне (чувствительность 87.8 %, специфичность 73.4 %).

Полученные нами результаты показали, что МРТ предстательной железы с получением ДФ-ВИ создает возможность увеличить специфичность МРТ в диагностике РПЖ, поскольку средние значения коэффициента диффузии (ADC) опухолевых заметно ниже при сравнении их со значениями коэффициентов неопухолевых изменений ткани

предстательной железы, независимо от локализации. В изобразительном плане на ДФ-ВИ очаги РПЖ выглядят очагами с более низкой интенсивностью.

Дополнение протокола МРТ предстательной железы ДФ-ВИ способно улучшить не только дифференциальную диагностику РПЖ, но и обеспечить объективную оценку результатов терапии его, так ДФ-ВИ достаточно адекватно демонстрируют изменения в структуре опухоли.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шатов А.В., Огнерубов Н.А., Шатов И.А., Милякова В.Н.

Диагностический центр «Мед-Эксперт» (г. Воронеж),
Медицинский институт Тамбовского государственного университета
имени Г.Р. Державина

В диагностике рака предстательной железы (РПЖ), ведущие роли принадлежат пальцевому ректальному исследованию (ПРИ), определению показателей простатического специфического антигена (PSA), а также пункционной биопсии железы под контролем ТРУЗИ. Перспективным методом диагностики и установления стадии РПЖ считается магнитно-резонансная томография (МРТ). Описано несколько вариантов МРТ – картины железы при локализованном (стадии T1-T2) РПЖ, которые могут иметь место и при хроническом простатите (ХП), доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), и после пункционной биопсии железы. Низкая специфичность обычной (по стандартному протоколу, с использованием T2-ВИ) МРТ, по нашему мнению, делает сомнительной точную диагностику локализованного РПЖ только по данным данного метода.

Задачей настоящего исследования являлись: оценка возможностей МРТ при локализованном РПЖ и определение целесообразности ее проведения у пациентов с высокими значениями PSA и определенной неврологической симптоматикой. Был проведен ретроспективный анализ результатов комплексного, включающего МРТ (100 %), обследования 210 пациентов, из которых 68 (32,4 %) имели РПЖ, причем, у 27 (39,7%) из них, была локализованная (ст. pT1-pT2) форма РПЖ. 87 (41,4 %) больных страдали доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), а 35 (16,7 %) – хро-

ническим простатитом (ХП). 17 (8,1 %) пациентов по данным комплексного обследования не имели заболевания предстательной железы и составили контрольную группу. По результатам ПРИ, опухоль не определялась у 16 (59 %) больных локализованным РПЖ, а по данным ТРУЗИ – у 9 (33 %). Точность МРТ в диагностике локализованного РПЖ составила 60 %, чувствительность – 70%, а специфичность – 54 %. Положительные и отрицательные прогностические значения МРТ при этом были равны 0,50 и 0,73, соответственно. Средний уровень ПСА у этих пациентов был равен 12,8 нг/мл (от 4,6 до 36 нг/мл). У 14 (87,5 %) из 27 больных локализованным РПЖ, при МРТ была определена центральная (n=9) и переднелатеральная (n=5) локализация опухоли. Метастазы РПЖ в тела пояснично-крестцовых позвонков и кости таза имели место, по данным МРТ, у 15 (22,0 %) и 5 (7,4 %) пациентов, соответственно. Эти больные страдали РПЖ в стадиях Т3-Т4 и имели показатели ПСА выше 20 нг/мл. МРТ оказалась единственным методом прямой визуализации эпидуральных метастазов у 6 (40 %) из 15 больных РПЖ с поражениями позвоночника и выраженной неврологической симптоматикой. Некоторые особенности МР-томографической картины локализованного РПЖ отмечались у больных ДГПЖ, ХП и лиц из контрольной группы. МРТ-признаки, которые были бы характерны только для какого-то одного из названных заболеваний, отсутствовали. По нашему мнению, МРТ показана при подозрении на РПЖ с локализацией в центральной зоне и переднелатеральных областях железы (непальпируемый РПЖ). Выполнение МРТ предстательной железы, с оценкой состояния позвоночника и костей таза целесообразно также у мужчин старше 50 лет, с показателями PSA выше 10 нг/мл, несмотря на отрицательные, а тем более неопределенные, данные ПРИ и ТРУЗИ. Диагностика локализованного РПЖ только по результатам стандартной МРТ, даже с применением эндоректальной катушки, но без использования диффузно-взвешенных изображений и динамической МРТ с контрастным усилением, без ПРИ, пункционной биопсии и показателей ПСА, представляется достаточно проблематичной.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МЕСТНО- РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 2004-2009 гг.

Шлегель А.П., Дударева Е.Г.

ГУЗ «Онкологический диспансер», г. Бийск

За период 2004-2009г.г. в системе лечебного учреждения ГУЗ «Онкологический диспансер, г. Бийск» зарегистрировано 52 больных РПЖ, локализованный рак I-II ст. выявлен у 28,8%, с метастазами выявлен у 30% больных, у остальных местнораспространенный рак III стадия. Средний возраст составил 68 лет. Основным методом лечения была гормонотерапия – 21 (40%), комбинированный (гормонотерапия + лучевая терапия) 27 (52%), полиативное лечение 4 (7,7%).

В настоящее время для лечения больных местнораспространенным РПЖ широко применяются комбинированные методы лечения (гормонотерапия + лучевая терапия). Это обусловлено рядом преимуществ лучевой терапии по сравнению с другими методами лечения:

- воздействие на все клоны опухолевых клеток (гормонозависимые, гормонорезистентные, гормоночувствительные);
- является практически единственными методами лечения при гормонорезистентных формах РПЖ, имеющих место у 25% больных.
- отсутствием отрицательного влияния на функции жизненно важных органов при наличии сопутствующей патологии, сочетание ЛГ и ГТ усиливает эффект воздействия на первичный очаг и имеющиеся метастазы.

Вашему вниманию представлена группа больных РПЖ из 27 пациентов, возраст от 56-76 лет. При анализе гистоструктуры опухоли преобладающей формой рака была аденокарцинома по шкале Глиссона от 4-10 нгрмл.

I-II ст – 15 больных, из них 8 пролечены гормонолучевой терапией прожили от 16 до 56 месяцев. 3 умерли от метастатического прогрессирования (прожили от 11-23 месяцев, 4 пролечены гормонотерапией), 8 больных живы.

III ст. – 12 больных пролечено гормонотерапией, прожили от 48-56 месяцев, 2-е умерли от метастатического прогрессирования (прожили от 11-23 месяцев, 11 – гормонотерапия прожили от 5-53 месяцев).

IVст. – 14 больных 10 пролеченных гормонотерапией, прожили от 0-13 месяцев, 4 пролечены гормонолучевой терапией (на область мтс) и прожили 11-48 месяцев.

На первом этапе пациентам получившим гормонолучевую терапию, выполнена максимальная андрогенная блокада, виде орхэктомии, лекарственная кастрация, назначение антиандрогенов в течении 3 месяцев. Второй этап – осуществление дистанционной лучевой терапии на аппарате Сл 755 МТ (линейный ускоритель). Программа облучения составлена с помощью системы планирования РОКС. В зону облучения включалось первичная опухоль и тазовые лимфатические узлы. Лечение проводилось по методике: 1 этап – 4-х польное облучение, 2-ой этап 2-х осевая ротация, расщепление курса после СОД 38-40гр. РРД -2 гр. СОД – 70-72 гр. лучевая терапия осуществлялась на фоне общей магнитотерапии (аппарат АЛМА), инстилляций мочевого пузыря препаратом МЕСНА 50мл. 2 раза в неделю, либо внутривенным введением МЕСНЫ по 40мл. 2 раза в неделю до общей дозы 200 мг. За 5 лет наблюдения умерло 36 больных 69%. 4 отказались от лечения прожили от 8-16 месяцев.

Общая наблюдаемая 5-ти летняя выживаемость составило 69%; I-II ст. – 72,7%; III ст. – 71,4%; IV ст. – 4,0% Представленные показатели свидетельствуют об эффективности современных методик конформной лучевой терапии, в сочетании с применением антиандрогенной терапии.

Секция 2. **ОПУХОЛИ ПОЧКИ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С ИНВАЗИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Барсуков С.В.

ГУЗ «Тамбовский областной онкологический диспансер»

Цель работы: оценить результаты хирургического лечения колоректального рака с инвазией мочевого пузыря.

Материал и методы. С 2000 по 2009 год в хирургическом и 2-м онкологическом отделениях ГУЗ «Тамбовский областной онкологический диспансер» радикально оперированы 18 пациентов с местнораспространенным раком: сигмовидной кишки (9 пациентов), ректосигмоидного отдела (6 пациентов) и верхне-ампулярного отдела прямой кишки (3 пациента) с распространением опухоли на мочевой пузырь. Чаще была инвазия в вентральную стенку мочевого пузыря (15 случаев), в область шейки (3 случая). Истинно врастание опухоли отмечено в 11 случаях, воспалительный паратуморозный инфильтрат в 7. У 4-х больных до операции был выявлен толстокишечно-мочевой свищ. Возраст пациентов от 49 до 81 года, мужчин – 8, женщин – 11. Всем больным установлена стадия T4, в 12 случаях выявлены метастазы в регионарные лимфатические узлы. Объем операции на кишечнике: 5 – левосторонних гемиколэктомий, 4 – резекции сигмовидной кишки, 7 – передних резекций прямой кишки, 2 – резекции прямой кишки по Гартману. Резекция мочевого пузыря во всех случаях была сквозная, отступя 1-2 см от края опухолевой инфильтрации на стенке мочевого пузыря: объем резекции от ограниченных резекций вентральной стенки пузыря до субтотальных резекций. В 3-х случаях резецировался мочевой пузырь с резекцией устьев мочеточников с реимплантацией их либо в микроцист, в одном случае в сигмовидную кишку. Во всех случаях рана мочевого пузыря ушивалась 2-х рядным непрерывным швом викрилом с формированием цистостомы и катетеризацией мочевого пузыря, при реимплантации мочеточников с микроцист или имплантацией в кишку мочеточники катетеризировались. Летальных исходов в послеоперационном периоде не наблюдали. Несостоятельности швов мочевого пузыря не было. 13 пациентам 2-м этапом лечения проводилась лучевая терапия. 15 пациентов получили адьювантную химиотерапию (фторурацил+лейковорин, кселода+ оксалиплатин)

Больные прослежены от 6 месяцев до 9 лет. У 5 пациентов в разные сроки диагностированы рецидивы и генерализация колоректального рака, по поводу которых проводилась лекарственная противоопухолевая терапия. 13 пациентов наблюдаются без признаков рецидива.

Результаты:

1. Послеоперационная летальность при выполнении комбинированных резекций кишечника с резекцией мочевого пузыря не возрастает.
2. Комбинированное и комплексное лечение у данной категории больных позволяет получить удовлетворительные результаты выживаемости.

Выводы:

1. Переход опухолевой инфильтрации на мочевой пузырь является показанием к выполнению радикальной операции- резекции мочевого пузыря в границах здоровых тканей.
2. Инвазия в мочевой пузырь в прогностическом плане более благоприятный признак чем наличие метастазов в регионарные лимфатические узлы при колоректальном раке.

ХИРУРГИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПОЧКИ

Барсуков С.В.

ГУЗ «Тамбовский областной онкологический диспансер»

Введение. Ежегодно в России выявляется 7.5-8 тыс. больных раком почки, в Тамбовской области соответственно 120-130 пациентов в год. Актуальность хирургического лечения местно-распространенного почечноклеточного рака(МРПР) не вызывает сомнений. Это объясняется частотой выявления данной патологии и расширением возможностей оперативного лечения у тех больных, которые раньше считались неоперабельными. У 1.8%-14.6% больных МРПР, подвергнутых хирургическому лечению в дальнейшем развивается местный рецидив. Летальность составляет от 2,1% до 2,7%.

Особенностью хирургической техники является возможность моблочного удаления опухолевого конгломерата, исходящего из почки с резекцией соседних органов (ободочная кишка, 12 перстная кишка, поджелудочная железа, диафрагма, опухолевый тромб почечной и нижней полой вены). Существуют определенные технические приемы, обеспечивающие предварительное лигирование почечной артерии на стороне поражения: справа- выделение почечной артерии в аорто-

кавальном промежутке, слева – доступ к артерии через корень брыжейки левой половины ободочной кишки между нижней брыжеечной венной и аортой. Естественно хирург, оперирующий данную категорию больных должен владеть операциями на других органах брюшной полости, а не только стандартной нефрэктомией.

Цель: Изучить эффективность хирургического лечения, проводимого в ГУЗ «ТООД»

Материалы и методы: В исследование включены 68 пациентов, проходивших обследование и лечение в ГУЗ «ТООД» за период 2004-2009 годы по поводу МРПР(Т3-4Н0-2М0). Возраст больных колебался от 42 до 78 лет. У всех больных установлен почечноклеточный рак. В качестве предоперационного обследования больным выполнялись экскреторная урография, компьютерная томография, сонография почек и органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки. Оценивали размеры опухолевого узла, его локализацию, отношение к сосудистым структурам, чашечнолоханочной системе и окружающим органам, наличие опухолевого тромба в почечной вене и НПВ. Это позволило установить стадию и распространенность процесса. Стадия Т3 – 42 пациента, стадия Т4 – 26 пациентов. У 18 больных выявлено поражение лимфатических узлов. У 11 пациентов выявлен тромб почечной и нижней поллой вены с частичной ее окклюзией. У 26 больных инвазия в соседние органы и структуры: 3 – в селезенку, 3 – в поджелудочную железу, 14 в брыжейку и непосредственно в ободочную кишку, 2 – 12 перстную кишку, 4 – диафрагму, 3 – в поясничную стенку. Всем больным выполнены расширенные комбинированные нефрэктомии из лапаротомного доступа. Объем лимфодиссекции стандартный справа – латерокавальные, прекавальные, ретрокавальные и аортокавальные лимфатические узлы; слева- латероаортальные, преаортальные, ретроаортальные и аортокавальные лимфатические узлы. Наличие опухолевых венозных тромбов потребовало тромбэктомии. Инвазия на соседние органы потребовала моноблочных мультвисцеральных резекций: спленэктомии, резекции дистальные поджелудочной железы, резекции ободочной кишки, 12 перстной кишки, диафрагмы, поясничной стенки. Особенностью данных операций была массивная кровопотеря (от 0.5 до 2 л). Время операций от 1,5 до 3 часов. Послеоперационная летальность – 1 пациентка – на 5 сутки острое нарушение мозгового кровообращения (1.5%)

Все больные в адьювантном режиме получали курс лечения интерфероном альфа – 6 млн. ЕД подкожно 3 раза в неделю в течении 1-го, 3-го и 6-го месяца.

Результаты:

1. Послеоперационная летальность составила 1,5%
2. Все больные наблюдаются в срок от 6 месяцев до 5 лет. У 2-х больных выявлены местные рецидивы – оперированы.
3. У 10 пациентов в разные сроки от 6 месяцев до 4 лет выявлено прогрессирующее заболевание.
4. Остальные пациенты наблюдаются без признаков прогрессирования.

Выводы:

1. Выполнение расширенных комбинированных нефрэктомий в условиях специализированного учреждения сопровождается удовлетворительными непосредственными результатами.
2. Частота генерализации процесса в ближайшие 3 года после операции по поводу МРПП составляет около 17 %.

ХИРУРГИЯ МЕСТНЫХ РЕЦИДИВОВ РАКА ПОЧКИ ПОСЛЕ НЕФРЭКТОМИИ

Барсуков С.В.

ГУЗ «Тамбовский областной онкологический диспансер»

Цель работы: оценить результаты хирургического лечения местных рецидивов рака почки.

Материал и методы: С 2003 по 2009 годы в ГУЗ «Тамбовский областной онкологический диспансер» проходили лечение 15 пациентов с местными рецидивами почечноклеточного рака после нефрэктомий. Все больные изначально были оперированы в различных лечебных учреждениях их поясничного доступа по Федорову. Возраст больных от 40 до 65 лет. Градация по стадиям: T1 – 1 больной, T2 – 5 больных, T3 – 7 больных, T4 – 2 пациента. Размеры локального рецидива в забрюшинном пространстве от 5,0 до 20,0 см. Местный рецидив исходил из мягких тканей ложа удаленной почки у 9 пациентов, послеоперационного рубца 3 пациентов, забрюшинных лимфатических узлов 6 пациентов. Радикально произведено удаление рецидивной опухоли у 11 больных (с резекцией толстой кишки, поясничной стенки, спленэктомией). В 2 случаях произведены пробные лапаротомии, выявлено врастание опухоли в нижнюю полую вену. В 5 случаях произведены циторедуктивные операции – удаление части опухолевого узла. 3-м больным произведена забрюшинная лимфаденэктомия. В послеоперационном периоде все больные получали иммунолечение.

Результаты:

1. Время появления местного рецидива после нефрэктомии составило от 6 месяцев до 6 лет.
2. Полный лечебный эффект достигнут у 11 пациентов.
3. Специфическая однолетняя выживаемость у всех пациентов.

Выводы:

1. Результаты лечения больных с местным рецидивом рака почки определяются генезом рецидива и его связью с соседними органами.
2. Хирургическая операция – эффективный метод, позволяющий увеличить продолжительность жизни у данной группы пациентов.

ЛЕЧЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. РЕЗУЛЬТАТЫ

Березин П.Г.

ГУЗ «Гамбовский областной онкологический диспансер»

Введение. Стандартом лечения поверхностного рака мочевого пузыря является трансуретральная резекция (ТУР). Однако, частота рецидивов при лечении больных с использованием только ТУР достаточно высока и составляет от 45 до 90%. Кроме того, в процессе рецидивирования около 25% с течением времени отмечается появление инвазивного роста опухоли – прогрессия.

Цель исследования.

1. Изучить эффективность лечения больных, получивших только ТУР опухоли.
2. ТУР + БЦЖ-терапия внутрипузырно.
3. ТУР + митомицин-С внутрипузырно.

Материалы и методы.

За период 2006-2008 гг. в ГУЗ «ТООД» проходили лечение 23 пациента с поверхностным раком мочевого пузыря.

Все больные имели морфологическое подтверждение переходноклеточного рака с гистопатологической градацией от G1 до G3. Больные были разделены на 3 группы:

- 1 группу составили 9 больных РМП T1G3, которым выполнили только ТУР.
- 2 группу составили 8 больных, которым после ТУР проводили внутрипузырную иммунотерапию вакциной БЦЖ.
- 3 группу составили 6 больных, которым проведена ТУР опухоли + внутрипузырное введение митомицина С.

Операция ТУР опухоли выполнялась больным у которых имелось одиночное расположение опухоли и не более 3 см. в диаметре.

Возраст больных от 54-х до 72-х лет. Средний возраст составил 62,1 года. Перед началом иммунотерапией вакциной БЦЖ больным проводили внутрикожную пробу с туберкулином. Наличие резко положительной реакции считалось противопоказанием к

БЦЖ-терапии. Использовался отечественный препарат вакцины БЦЖ – иммурон. Курс БЦЖ – терапии и митомицина С через 3-4 недели в адьювантном режиме.

Схема лечения включала 6 еженедельных внутрипузырных инстилляций 100 мг вакцины БЦЖ и 40 мг Митомицина С 1 раз в неделю, в течении 8 недель. Все больные удерживали препарат в течение 2 часов.

Целью адьювантной внутрипузырной терапии является:

1. Воздействие на опухолевые клетки, оставшиеся в полости мочевого пузыря после ТУР опухоли и предупреждения их реимплантации.

2. Разрушение оставшихся неудаленных микроскопических очагов опухолевого роста.

Результаты.

В первой группе больных у 7 пациентов в течение данного периода наблюдения наступил рецидив заболевания, что составляет 77%. Во 2 группе рецидив наступил у 2 больных, что составляет 25%. Из 6 больных из 3 группы наблюдения рецидив наступил у 4 больных – 66%.

Выводы.

1. ТУР опухоли мочевого пузыря в большинстве случаев оставляет неудаленные опухоли, что значительно ухудшает течение заболевания у данной категории больных.

2. Использование с адьювантной целью внутрипузырных введений вакцины БЦЖ и Митомицина С позволяет снизить частоту рецидивов и улучшить безрецидивную выживаемость по сравнению с ТУР без адьювантного лечения.

Литература

1. Переверзев А.С., Петров С.Б. «Опухоли мочевого пузыря» Монография. Харьков. «Факт», 2002 г.
2. Юрченко А.Н., Карякин О.Б. «Лечение и профилактика рецидивов поверхностного рака мочевого пузыря». Российский онкологический журнал. №4. 2006. С. 50-53.

СОСТОЯНИЕ ПРО- И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ

Герасименко М.Н.¹, Пургина И.В.¹, Зуков Р.А.², Перетока Е.С.¹

¹Сибирский федеральный университет, кафедра медицинской биологии,
г. Красноярск

²Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, кафедра онкологии и лучевой терапии
с курсом ПО, г. Красноярск

Актуальность. Высокий уровень заболеваемости почечно-клеточным раком (ПКР) является одной из актуальных проблем современной онкоурологии. На ПКР приходится 90-97% опухолей почек и 3,5% всех злокачественных новообразований у взрослых.

Известно, что про- и антиоксидантный статус организма является важным критерием оценки тяжести течения патологического процесса. Ведущую роль в антиоксидантной защите организма играют ферменты метаболизма глутатиона (глутатионпероксидаза (ГПО) и глутатион-S-трансфераза (GST)) и ферменты, участвующие в детоксикации самых первых продуктов свободно-радикального окисления (супероксиддисмутаза (СОД) и каталаза (КАТ)). При определении прооксидантного статуса показательно измерение содержания продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ).

Цель исследования – оценка состояния про- и антиоксидантной систем в плазме и эритроцитах крови у больных ПКР до и после хирургического лечения в динамике.

Материалы и методы. На базе КГБУЗ «Красноярский краевой онкологический диспансер им. А.И. Крѳжановского» под динамическим наблюдением находились пациенты с местно-распространенным ПКР до операции (n=71), на первые (n=21), третьи (n=9) и седьмые (n=40) сутки после радикальной нефрѳктомии. Было обследовано 150 человек в возрасте от 50 до 70 лет. Группу контроля составили 17 практически здоровых доноров. Прооксидантный статус оценивался по содержанию продуктов ПОЛ: диеновых коньгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА). Антиоксидантный статус оценивался по содержанию восстановленного глутатиона (GSH) и активности антиоксидантных ферментов: СОД, КАТ, ГПО и GST. Статистический анализ производился с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0. Описание выборки производили с помощью подсчета медианы (Me) и интерквартильного размаха (C₂₅ и C₇₅). Проверку гипотезы о статисти-

ческой достоверности выборок проводили с помощью критерия Манна-Уитни.

Результаты. Исследования состояния про- и антиоксидантной системы больных ПКР показали, что в период до хирургического лечения в плазме периферической крови в 1,5 раза повышено содержание ДК ($p<0,05$), в 1,5 раза повышена активность ГПО ($p<0,05$), почти в 2 раза превышает активность КАТ ($p<0,05$), в 3 раза снижена активность СОД ($p<0,01$) относительно контроля. В эритроцитах достоверных отличий с контролем не выявлено.

На первые сутки после операции наблюдается сниженное содержания МДА в эритроцитах (относительно показателей зарегистрированных до операции и контрольной величины, $p<0,05$), Уровень ДК в эритроцитах превышает контрольные величины в 4 раза ($p<0,05$) и в 3 раза таковой на первые сутки ($p<0,05$), в плазме – в 2 раза превышает контрольную величину ($p<0,05$). В то же время в плазме отмечается увеличенная на 22% активность ГПО относительно контроля ($p<0,05$). Концентрация GSH в эритроцитах снижается на 1 сутки после операции на 4% по сравнению с дооперационным уровнем ($p<0,05$). Активность СОД в плазме ниже контрольной величины в 3 раз ($p<0,001$). Активность каталазы в плазме превышает таковую у практически здоровых людей в 3 раза ($p<0,01$).

На третьи сутки после нефрэктомии наблюдается низкий уровень МДА в эритроцитах (в 1,5 раза ниже контроля ($p<0,05$)). А так же превышение концентрации ДК в эритроцитах в 8 раз и в плазме в 4,5 раза по сравнению с контролем ($p<0,05$) и в 6 раз в эритроцитах и 2,7 раза в плазме по сравнению с дооперационными показателями. Наблюдается пониженный уровень GSH (в 2 раза относительно дооперационного уровня и на первые сутки $p<0,05$). Активность СОД в плазме ниже контроля в 2 раза ($p<0,01$), активность каталазы в плазме превышает в 4 раза ($p<0,01$) контрольную величину.

На седьмые сутки после хирургического лечения у больных ПКР уровень МДА в эритроцитах достигает дооперационных значений и ниже контроля на 2% ($p<0,05$). ДК в плазме увеличен в 3 раза ($p<0,05$), а в эритроцитах в 5 раза ($p<0,05$) относительно контрольных величин и в 4 раза превышает дооперационные значения в эритроцитах ($p<0,05$). Концентрация GSH остается на среднем уровне, отличаясь достоверно от всех предыдущих показателей ($p<0,05$). Активность ГПО в плазме превышает контроль в 1,6 раза ($p<0,05$). Активность GST эритроцитов более чем в 1,5 раза превышает контрольные величины ($p<0,05$) и в 1,2 раза в плазме по сравнению с дооперационным уровнем и кон-

тролем. На 7 сутки активность СОД в эритроцитах на 32% превышает таковую у контрольной группы ($p < 0,05$), а в плазме – в 3 раза ниже ($p < 0,05$). Активность каталазы в эритроцитах превышает таковую до операции на 4% ($p < 0,01$), а в плазме – снижена на 27% ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют, что наибольший сдвиг в системе редокс равновесия приходится на период между третьими и седьмыми сутками после операции. Этот период характеризуется наибольшим уровнем ДК в эритроцитах и в плазме, который не компенсируется повышенной активностью антиоксидантных ферментов и сопровождается снижением уровня GSH. Это свидетельствует о дисбалансе про- и антиоксидантной систем в целом и начале истощения системы глутатиона. При таких обстоятельствах вероятен срыв систем адаптации организма к экстремальным факторам.

РАК ПОЧКИ В БИЙСКОЙ МЕДИКО-ГЕОГРАФИЧЕСКОЙ ЗОНЕ

Грибанова Р.П., Шлегель А.П.
ГУЗ «Онкологический диспансер», г. Бийск.

Бийская медикогеографическая зона включает в себя г. Бийск, г. Белокуриху, и 12 сельских районов с численностью населения 450 тыс. человек.

Проблема рака почки весьма актуальна. В России стандартизованный показатель заболеваемости составил 7,64 на 100 тысяч населения, а прирост заболеваемости в течение 10 лет составил 53,6%. Рак почки в Бийской медико-географической зоне также имеет стабильную динамику роста. За последние десятилетие заболеваемость выросла с 6,2 до 12,4 на 100 тыс. населения. Нами прослежена заболеваемость раком почки за 1998, 2007 годы. Выявлено больных по годам: 1998 г. – 38; 2007 г. – 52. По нашим сведениям мужчины страдают данной патологией в 2,2 раза чаще женщин. Городское население болеет чаще сельского, в среднем в 1,3 раза. Основной возраст больных раком почки составляет 60 лет и более.

При раке почки в Бийском регионе имели место первично-множественные опухоли; 14 случаев сочетания с раком кожи, 2 случая – с раком легких, а с раком с молочной железы.

Выявление рака почки на ранних стадиях заболевания чаще является случайной находкой при проведении УЗИ, которое проводится профилактически или с целью диагностики других заболеваний. Только в 18% случаев рак почки проявлялся болями в поясничной области, микрогематурией. Тем не менее, отмечается улучшение выявляемости рака почки на ранних стадиях заболевания и составляет в процентном отношении к исследуемым годам соответственно: 10,5% – в 1998 году и 49% в 2007 г. Уменьшается процент выявления рака почки в 3 стадии и составляет соответственно по годам: 44,7% 1998 г. и в 2007 г. – 30,2%. Снижается и выявление рака почки в запущенных случаях, составляя по исследуемым годам соответственно: 36,8% 1998 г. и 2007 г. – 9,4%. Уменьшилась также и смертность от злокачественных заболеваний почки и составляет соответственно по годам: в 1998 г. – 3,1% и в 2007 г. 1,1 на 100 тыс. населения. Такое состояние положительно сказывается и на контингенте больных, так как 50,3% больных переживали 10-летний рубеж. Применяемые методы лечения: радикальная нефрэктомия и остается единственно эффективным в лечении рака почки. В дальнейшем проводится лучевая терапия, если имело место нерадикальное удаление опухоли, прорастание опухолью капсулы почки, наличие метастазов в региональных лимфоузлах. Подводим суммарно-очаговую дозу на ложе опухоли и регионарные лимфоузлы равную 40-50 Гр. Как самостоятельный метод лучевая терапия за исследуемый период не применялась.

Лучевая терапия проводилась одновременно с иммунотерапией реафероном по 3 млн ЕД в/м ежедневно в течение 10-14 дней. Курсы иммунотерапии повторялись через 3 недели.

Было проведено комплексное лечение (операция + лучевая терапия + иммунотерапия по годам соответственно: 1998 г. – 73,7%. 2007 г. – 58,5%.

Выводы:

1. Следует отметить рост выявляемости больных раком почки на ранних стадиях заболевания, уменьшение запущенности и уменьшение смертности по данной патологии. Более 50% больных переживают 10-летний рубеж.

2. Необходимо помнить о возникновении первично – множественных опухолей при раке почки и необходимости проведения мероприятий по выявлению возможной второй локализации опухоли.

Секция 3. ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ

СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ИНВАЗИЕЙ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ПРОФУЗНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ И ПЕРФОРАЦИЕЙ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ

Барсуков С.В., Коченкова И.В.

ГУЗ «Тамбовский областной онкологический диспансер»

Представленный клинический случай показывает возможности паллиативного хирургического лечения местно-распространенного рака шейки матки, осложненного профузным кровотечением, почечной недостаточностью, перфорацией опухоли в брюшную полость.

Больная Р., 34 лет. Поступила в 3-е онкологическое отделение ГУЗ «ТООД» 8.07.2009 в экстренном порядке с клиникой анурии, маточного кровотечения в тяжелом состоянии. Из анамнеза в 2006 году диагностирован рак шейки матки 2б стадия. Гистологическое исследование – аденокарцинома шейки матки с очагами плоскоклеточного рака (диморфный рак). От предложенного лечения больная отказалась. При поступлении у больной маточное кровотечение, анурия за счет опухолевого поражения мочеточников. Мочевина – 36,2 ммоль/л, креатинин – 1114 мкмоль/л. Гемоглобин 57 г/л. Установлен диагноз: рак шейки матки 2б стадия, прогрессирование, вторичное поражение мочеточников, анурия, уремия, анемия, опухолевая интоксикация. Данных за отдаленные метастазы при рентгеновском и ультразвуковом обследовании не выявлено. В экстренном порядке произведена чрезкожная пункционная нефростомия справа, тампонада влагалища, начата инфузионно – трансфузионная терапия. За 3 часа по нефростоме 1 л мочи. 9.07.09 у больной клиника профузного кровотечения из половых путей с явлениями геморрагического шока. Больная переводится в АРО- продолжена интенсивная терапия, повторная тампонада влагалища не эффективна. В связи с продолжающимся кровотечением больная в экстренном порядке оперирована. Произведена нижнее – срединная лапаротомия – в полости таза кровь со сгустками, мочевой пузырь раздут до пупка, в области шейки матки опухоль с переходом инфильтрации на шейку мочевого пузыря, инфильтрация переходит на правое параметральное пространство, на брюшину Дугласа про-

странства с перфорацией опухоли в брюшную полость. Лимфатические л\у не увеличены. В связи с резким падением артериального давления произведено ручное пережатие аорты над бифуркацией. Выделены и перевязаны внутренние подвздошные артерии с обеих сторон. После стабилизации гемодинамики произведена цистотомия – в мочевом пузыре сгустки крови около 600 мл – удалены – выявлена опухолевая инфильтрация шейки мочевого пузыря в области устьев мочеточников с образованием свища между полостью матки и мочевым пузырем 2,5 на 1.5 см. Правый мочеточник спавшийся- нефростома функционирует, левый расширен до 2 см. Продолжается кровотечение в просвет мочевого пузыря из опухоли. Мобилизована матка с придатками, в\3 влагалища в одном блоке с частью шейки мочевого пузыря и устьями мочеточников, пораженными опухолью. Мочеточники пересечены в 2 см от мочевого пузыря. Препарат удален единым блоком. Ушиты культи влагалища, дефект мочевого пузыря. Оба мочеточника катетеризированы, реимплантированы в область верхушки мочевого пузыря, цистостомия. Послеоперационный период протекал тяжело, без осложнений. Почечная недостаточность разрешилась через 7-8 дней – нормализация показателей мочевины, креатинина. На 12-14 сутки удалены мочеточниковые катетеры, на 18-нефростома, цистостома. Заживление раны первичное. На 24 сутки после операции больная выписана в удовлетворительном состоянии. Затем больной проведена сочетанная лучевая терапия, 3 курса полихимиотерапии. В настоящий момент больная наблюдается в удовлетворительном состоянии без признаков рецидивирования процесса.

Данное клиническое наблюдение подтверждает не типичное течение диморфного рака шейки матки и возможности успешного хирургического лечения осложненных форм данного заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВОВ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Коченкова И.В.

ГУЗ «Гамбовский областной онкологический диспансер».

Рак шейки матки на сегодняшний день остается одной из самых актуальных проблем онкогинекологии. Среди злокачественных новообразований женских гениталий по данным мировой статистики рак шейки матки занимает третье место после рака эндометрия и рака

яичников. Однако в Российской Федерации рак шейки матки стабильно остается на втором месте, уступая раку эндометрия.

Стандартизованный показатель заболеваемости по Тамбовской области в 2008 г. составил 9,2 на 100 000 населения.

Особую проблему представляют больные с распространенными формами заболевания, имеющие отдаленные метастазы, а также больные с рецидивами и/или отдаленными метастазами после проведенного ранее радикального лечения.

Рецидивы рака шейки матки после специального лечения возникают через 12-20 месяцев после начала лечения, а их частота колеблется от 3,3 до 40%.

78% всех рецидивов выявляется в первые два года после начала лечения.

Прогноз у больных с рецидивами и метастазами неблагоприятный: до одного года после их проявления доживают 10-15% больных, а при паллиативном и симптоматическом лечении длительность их жизни измеряется месяцами.

За период с 2007 г. по 2009 г. в Тамбовском онкологическом диспансере пролечено 208 пациенток с диагнозом рак шейки матки.

Планирование лечения РШМ основывается на принципах стандартизации и индивидуализации в соответствии с методическими рекомендациями в соответствии с методическими рекомендациями ведущих онкологических центров РФ.

Методы первичного лечения РШМ в ГУЗ ТООД за 2007-2009 гг.

Стадия	Метод лечения			
	хирургический	комбинированный	лучевая терапия	комплексное
I	35	27	6	
II		9	43	
III		31	39	5
IV		13		
Всего 208	35	80	88	5

Частота рецидивов составила 22,6% для всех стадий и вариантов первичного лечения – 47 больных.

**Распределение по стадиям заболевания в ГУЗ ТООД
за 2007-2009 гг.**

Стадия FIGO	Число больных	
	Абс.	%
I	10	20,3
II	17	37,2
III	19	40,4
IV	1	2,1
Всего	47	100

Развитие рецидива в зависимости гистологического типа опухоли

Гистологический тип первичной опухоли	Число больных	
	Абс.	%
Плоскоклеточный рак (ороговевающий и неороговевающий)	36	76,6%
Низкодифференцированный рак	7	15,1%
Железистый рак (аденокарцинома)	4	8,3%

Наиболее часто зарегистрированы рецидивы при плоскоклеточных формах первичных опухолей шейки матки 76,6%.

Анализ пациенток, получавших лечение по поводу злокачественных новообразований шейки матки, проведенный в ФГУ НИИ онкологии им.Н.Н. Петрова (Санкт-Петербург), позволил сделать вывод, что наиболее часто рецидивы заболевания возникают в группах, где был выбран один метод воздействия на первичный очаг: так при применении только хирургического лечения рецидивы возникают в 32,4%, только лучевого лечения – 24,7%, а при проведении комбинированного лечения в 11,4% случаев

Локализация рецидивов

Локализация	Число больных	
	Абс.	%
Параметриальная и околоматочная клетчатка	18	36,2
Область первичной области и переход на тело матки	15	33,3
Отдаленное метастазирование	14	30,5
Всего	47	100

Отдаленные метастазы выявлены у 14 пациенток, из них метастазы в печень в 3-х случаях, в легкие -2 случая, метастазы в парааортальные лимфоузлы у 8 пациенток, у 1 пациентки выявлен надключичный метастаз.

Значительная частота возникновения в параметральные клетчатки или регионарных лимфатических узлах (после курса сочетанной лучевой терапии) является следствием относительной радиорезистентности метастатических клеток рака в регионарных лимфатических узлах, имеющих меньшую митотическую активность.

При неудачной лучевой терапии возобновление роста первичной опухоли обеспечивается усилением митотической активности клеток в оставшихся популяциях клеток.

Учитывая частоту метастазирования при распространенных процессах рака шейки матки, R.J.Schilder и соавт. предлагают проводить дистанционную гамматерапию и на парааортальные лимфатические узлы, начиная со II стадии рака шейки матки.

Методы лечения больных с рецидивами рака шейки матки

Методы	Число больных
Лучевая + химиотерапия	17
Оперативное+ Лучевое+ Химиотерапия	6
Химиотерапия	24
Всего	47

Лучевое лечение является одним из ведущих методов терапии как первичного рака шейки матки, так и рецидивов заболевания. При послеоперационных рецидивах в культе влагалища в основном применялось внутривлагалищное облучения, при регионарных рецидивах – наружное облучение. Сочетанное лучевое лечение связано с высоким риском образования пузырно-влагалищных и прямокишечно-влагалищных свищей.

Хирургическое лечение выполнено у 6 больных в объеме: расширенная гистерэктомия -1, простая гистерэктомия-1, резекция тонкой кишки-1, перкутанная нефростомия -3. Хирургическое вмешательство было этапом комбинированного лечения рецидива заболевания.

Химиотерапевтическое лечение проводилось по схемам: CAP, CP, VAC, PVB, BEP, Topotecan в монорежиме, Gemzar + Carboplatin,

Taxol + Carboplatin, самостоятельно, или в плане комбинированного лечения.

Результаты лечения рецидивов шейки матки (рис.1) можно представить как результаты непосредственного клинического эффекта и отдаленные.

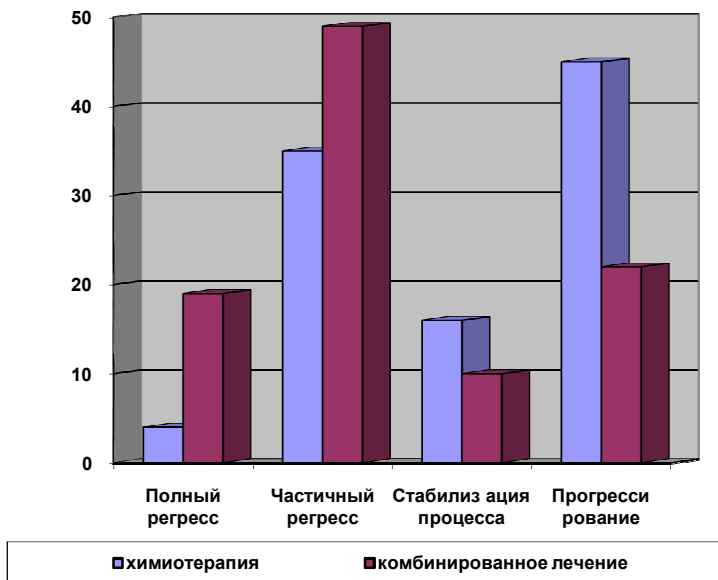


Рис. 1. Результаты лечения рецидивов рака шейки матки

При применении химиотерапевтического лечения у большинства из 24 пациенток отмечался хороший объективный эффект, улучшилось качество жизни, но не улучшило общую и безрецидивную выживаемость.

Через 3 года живы без признаков заболевания 6 пациенток, умерли от другого заболевания 3 больных, судьба 6 пациенток не прослежена из-за перемены места жительства. Остальные больные умерли от прогрессирования заболевания в сроки от года до трех лет. Всем 8 пациенткам, пережившим 3 года, проводилось комбинированное лечение: лучевая терапия и химиотерапевтическое лечение; а трем пациенткам выполнено и хирургическое лечение (расширенная гистерэктомия, гистерэктомия, резекция тонкой кишки).

Заключение.

Проблема лечения больных с рецидивами и метастазами рака шейки матки далека от своего успешного решения. Лечение больных с

рецидивами рака шейки матки необходимо проводить с помощью современных методов хирургического, лучевого и лекарственного лечения. Только применение комбинированного метода позволяет добиться более стойкого объективного эффекта в лечении этих тяжелых больных, и дает этим пациенткам второй шанс выжить.

Литература

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. 2002.
2. Избранные лекции по клинической онкологии / Под ред. академика РАМН В.И. Чиссова, профессора С.Л. Дарьяловой. 2000.
3. Баженов А.Г., Гусейнов К.Д, Баранов С.Б., Ильяшенко С.А., Максимов С.Я. Результаты лечения рецидивов рака шейки матки // Вопросы онкологии 2009, том 55, №3.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХОРИОКАРЦИНОМЫ

Мансурова Г.А.

ГУЗ «Гамбовский областной онкологический диспансер»

Среди злокачественных новообразований женских половых органов трофобластические опухоли составляют 1-2,5% случаев. К ним относятся: пузырьный занос, инвазивный пузырьный занос и хориокарцинома.

Возникновение трофобластических опухолей связано с наличием беременности, так как они развиваются из клеток трофобласта и первичной их локализацией почти всегда является матка. Опухоли характеризуются высокой злокачественностью, быстрым метастазированием и при этом высокой частотой излечения с помощью противоопухолевой лекарственной терапии. Правильное и своевременное лечение позволяет достичь более 90% выживаемости. В настоящее время показаниями к проведению химиотерапии являются:

1. Гистологическая форма опухоли – хориокарцинома;
2. Уровень ХГ в сыворотке крови более 20 000 МЕ/мл; после эвакуации пузырьного заноса;
3. Наличие метастазов опухоли при первичном обследовании;
4. Плато или рост уровня ХГ сыворотки крови после эвакуации пузырьного заноса при 3 последующих анализах в течение 2 недель;
5. Повышенный уровень ХГ в сыворотке крови более 8 недель после удаления пузырьного заноса.

Лечение больных планируется в соответствии с риском развития резистентности трофобластической опухоли по шкале ВОЗ. При сумме баллов до 5 риск развития резистентности опухоли низкий, от 5 до 7 баллов – умеренный, более 7 баллов – высокий.

Приводим клиническое наблюдение хориокарциномы.

Больная К, 29 лет переведена из гинекологического отделения городской больницы в состоянии средней тяжести с жалобами на слабость, одышку, кашель с примесью крови. В анамнезе 7 месяцев назад выскабливание полости матки по поводу выкидыша в сроке 4 недели беременности, гистологическое заключение: эндометрий в фазе десквамации с очаговой децидуальной трансформацией стромы. В течение 2 месяцев проводилась гормональная контрацепция регулоном. Кровяные выделения из половых путей не прекращались, беспокоила слабость, кашель. 3 месяца назад госпитализирована в терапевтическое отделение городской больницы с жалобами на слабость, одышку, кашель. В отделении обследована: рентген легких: плеврит справа, метастатическое поражение правого легкого; цитологическое исследование плевральной жидкости – на фоне эритроцитов значительное количество мезотелия с признаками выраженной пролиферации; диагностическая лапароскопия, операция – лапаротомия, правосторонняя андекзэтомия; нефрэктомия справа, удаление опухоли забрюшинного пространства; гистологическое заключение – злокачественная опухоль, имеющая строение хариоэпителиомы. В ТООД поставлен диагноз: трофобластическая болезнь гр2, ст4, mts в легкие, почки, селезенку, забрюшинные лимфоузлы, правый яичник. ХГ сыворотки крови 280 000 МЕ\мл. Начата химиотерапия по схеме ЕМА-СО (этопозид 300мг, метотрексат 450мг дактиномицин 1мг; лейковорин 60мг; винкристин 1,5мг циклофосфан 900мг). Через 7 дней ХГ сыворотки крови – 59 200 МЛ\мл, через 14 дней – 3200 МЕ\мл. Проведен 2 курс химиотерапии по аналогичной схеме, ХГ сыворотки крови – 1500 МЕ\мл, через 7 дней ХГ сыворотки крови – 160 МЕ\мл. После проведения 4 курса ПХТ метастазы в легкие, селезенку, почку, лимфоузлы исчезли, ХГ сыворотки крови 8 МЕ\мл.

Консультирована в РОНЦ им.Н.Н.Блохина, выявлен метастаз в правом легком, рекомендована резекция правого легкого с последующим проведением 3 профилактических курсов химиотерапии. Оперирована в Тамбовском областном противотуберкулезном диспансере – правосторонняя торакотомия, удаление образования средостения; гистологическое заключение – патоморфоз 3-4ст. опухолевой ткани. ХГ сыворотки крови 5МЕ\мл. Проведено 3 профилактических курса хи-

миотерапии. В настоящее время пациентка состоит на диспансерном учете в ТООД.

Описанное клиническое наблюдение представляет интерес с точки зрения трудности диагностики заболевания, быстрого метастазирования в отдаленные органы и положительным результатом от проведенного химиотерапевтического лечения.

В заключении необходимо сказать, что лечение трофобластической болезни с использованием современных высокоэффективных режимов химиотерапии позволяет достичь выживаемости больных с сохранением их репродуктивной функции; исследование уровня ХГ в сыворотке крови является необходимым и абсолютно доступным методом диагностики и дальнейшего мониторинга больных, позволяет оценить эффективность лечения и своевременно скорректировать проводимую терапию.

Литература

1. Толокнов Б.О. Современная комплексная диагностика и лечение больных хориокарциномной матки // Современная онкология. 2000. Т. 2. №2. С. 49-50.
2. Мещерякова Л.А., Козаченко В.П. Трофобластическая болезнь: новый взгляд на лечение и мониторинг // Современная онкология. 2002. Т.4. №4. С. 168-171.
3. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний / Под редакцией Н.И. Переводчиковой, г.Москва, «Практическая медицина». 2005.
4. Мещерякова Л.А., Козаченко В.П., Кузнецов В.В., Мещеряков А.А. Современные принципы диагностики и лечения трофобластических опухолей // Материалы Российского онкологического конгресса. Москва, 22-24 ноября 2005 г.

ПЕРВИЧНАЯ ЦИТОРЕДУКЦИЯ ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ: ОБЪЕМ УДАЛЯЕМЫХ ТКАНЕЙ

*Огнерубов Н.А., Проценко В.Н., Колосовская Т.И., Апостол
Н.М., Огнерубова М.А.*

Медицинский институт Тамбовского государственного университета
имени Г.Р. Державина,
ФГУЗ МСЧ № 97 ФМБА, г. Воронеж

Наибольший удельный вес в структуре онкологической заболеваемости у женщин имеют злокачественные новообразования органов репродуктивной системы (37,3%), при этом опухоли половых органов

составляют 17,3%. Первичные опухоли яичников занимают 7 место по частоте в структуре общей онкологической заболеваемости и 3 место среди гинекологических опухолей после рака тела и шейки матки, составляя 4,9% (В.И. Чиссов и соавт., 2010). По данным Международного агентства по изучению рака ежегодно в мире регистрируются более 165 тыс. случаев рака яичников, и более 100 тыс. смертей при этом.

На сегодняшний день в мире накоплен огромный научный и клинический материал, посвященный различным аспектам диагностики и лечения рака яичников, однако выживаемость этих пациенток остается на низком уровне. Причина неудовлетворительных результатов лечения данного контингента больных остается, в первую очередь, поздняя диагностика. На догоспитальном этапе у 70-80% пациентов диагностируются III-IV стадии опухолевого процесса.

В настоящее время ни у кого не вызывает сомнения в необходимости применения комбинированного или комплексного лечения рака яичников. Причем оперативному вмешательству придается первостепенное значение как самостоятельному методу, а так же, как этапу в комплексе лечебных мероприятий. Хирургическим стандартом при раке яичников является первичная циторедуктивная экстирпация матки с придатками и резекция большого сальника на уровне прикрепления к поперечно – ободочной кишке. На протяжении последних двух десятилетий объем удаляемых тканей при хирургическом лечении является предметом дискуссий. Одни хирурги предлагают уменьшить объем удаляемых тканей у женщин репродуктивного возраста на ранних стадиях. Другие, наоборот, ратуют за расширение объема удаляемых тканей. Они предлагают выполнять экстирпацию большого сальника, аппендэктомию, резекцию пораженных участков кишечника, забрюшинную лимфаденэктомию. В основе такого подхода положены биологические особенности опухоли. Это, прежде всего, тропность его к серозным оболочкам. В связи с чем при I стадии опухолевого процесса в 28% случаев и при II стадии в 43 % наблюдений после лапаротомии были диагностированы более поздние стадии.

В связи с этим, целью работы явилось изучить необходимость выполнения экстирпации большого сальника и аппендэктомии при первичной циторедукции у больных раком яичников.

В гинекологическом отделении МСЧ № 97 под наблюдением находились 36 больных с раком яичников в возрасте от 39 до 73 лет (медиана – 55). II С стадия опухолевого процесса диагностирована у 11 (30,5 %) пациентов, а III С стадия у 25 (69,5 %) больных. У трех паци-

енток был реактивный плеврит без цитологической верификации метастатического поражения. У всех больных лечение начинали с циторедуктивного оперативного вмешательства в объеме экстирпации матки с придатками (30/83,3% пациенток), надвлагалищной ампутации матки (6/16,7% больных) с экстирпацией большого сальника и аппендэктомией. При выполнении экстирпации большого сальника линия отсечения проходила ниже желудочно-сальниковых артерий с включением в объем удаляемых тканей желудочно-ободочной связки. Интраоперационно проводили маркировку верхней и нижней границы желудочно-сальниковой связки с помощью лигатур. Во время ревизии у 4 пациенток, при локализации опухоли в одном яичнике, в желудочно-сальниковой связке были обнаружены метастатические узелки диаметром 0,5 см. При гистологическом исследовании у 7 (19,4%) больных были обнаружены микрометастазы в желудочно-сальниковой связке. Причем из этого количества больных 1 стадия была в 4 случаях. В отечественной литературе имеются указания на то, что даже при визуально неизменном большом сальнике в 16% случаев обнаруживаются микрометастазы (Я.В. Бохман, 1989, И.Д. Нечаева, 1987).

Кроме того, после лапаротомии во время ревизии, в двух случаях имело место макроскопическое вовлечение червеобразного отростка в опухолевый процесс. При гистологическом исследовании удаленных тканей у них, а также еще у трех пациентов было выявлено микроскопическое поражение опухолью. При этом у трех больных была III С стадия, а у двух пациентов – II С стадия. Согласно полученным данным червеобразный отросток был вовлечен в опухолевый процесс в 13,9 % случаев. Интересен тот факт, что при гистологическом исследовании злокачественные клетки обнаружены на серозном покрове. Такая большая частота поражения червеобразного отростка, вероятнее всего, обусловлено анатомическими особенностями лимфооттока от яичников кроме того, эти данные свидетельствуют о том, что основным путем диссеминации рака яичников является имплантация опухолевых клеток по париетальной и висцеральной брюшине, с большей частотой по правому боковому каналу.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о необходимости расширения объема первичного циторедуктивного хирургического вмешательства при раке яичников не зависимо от стадии опухолевого процесса. Оно должно включать также экстирпацию большого сальника и аппендэктомию.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ТЕЛА МАТКИ В ОБЛАСТНОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ (2006-2008 гг.)

Ханбекова Г.А.

ГУЗ «Гамбовский областной онкологический диспансер»

Рак эндометрия, или рак тела матки – одно из наиболее распространенных заболеваний женской половой сферы. В течение трех десятилетий во всех экономически развитых странах отмечается неуклонный рост заболеваемости раком эндометрия. За последние 10 лет прирост заболеваемости по России составил 31, 96%. В нашей стране рак эндометрия занимает 2-е место среди онкологических болезней женщин, уступая лишь раку молочной железы, и первое место среди опухолей женской половой сферы. При оценке заболеваемости раком тела матки по области отмечается тенденция увеличения показателей и они выше, чем по России (табл. 1).

Таблица 1

Годы	2006	2007	2008
Россия	14,4	15,2	18,1
Область	13,9	14,5	14,8

За период с 2006 по 2008 гг. по Тамбовской области зарегистрировано 577 случая РТМ. В отделении пролечено 429 (74,4%) пациентов, из них прооперированно 344 (80,2%).

Наблюдается неуклонное увеличение числа женщин молодого возраста среди заболевших раком эндометрия. Количество женщин, заболевших раком эндометрия в репродуктивном и перименопаузальном возрасте, составляет почти 40% общего числа больных. Значительный рост заболеваемости РТМ отмечается в возрасте 40-49 и 50-59 лет (34,9%). В последние годы наибольший прирост заболеваемости отмечают среди женщин до 29 лет – за 10 лет на 50%. Распределение по возрасту представлено в таблице 2.

Таблица 2

Возраст/годы	2006	2007	2008	всего
25 – 35	1	2	1	4
35 – 45	7	4	5	16
45 – 55	27	23	44	94
55 – 65	39	43	60	142

Возраст/годы	2006	2007	2008	всего
65 – 75	28	22	23	73
75 – 85	3	4	3	10
Всего	105	98	136	339

Распределение по стадиям отображает таблица 3.

Таблица 3

Стадия/Годы	2006	2007	2008	всего
1a	12	15	27	54
1в	48	67	69	184
1с	16	17	17	50
2	12	9	10	31
3	6	6	13	25
всего	94	114	136	344

У 85-90% больных РТМ распространенность опухоли соответствует 1-2 стадиям. Этот показатель остается достаточно стабильным, что объясняется особенностями клинической картины заболевания, заставляющими больных рано обращаться к врачу.

Основные проявления РТМ — кровянистые выделения из половых путей и маточные кровотечения. Они наблюдались у 80-90% больных.

93% больных госпитализированы в отделение с установленным диагнозом. В 7% случаев больным произведено обследование (РДВ и гистероскопия с последующим гистологическим исследованием) в отделении. Эффективность гистероскопии у больных с патологией эндометрия составляет 96,3 %, причем, выявляемость ранних форм рака составляет 94,4%.

По гистологическому строению опухолей больные распределены следующим образом (табл. 4).

Таблица 4

Аденокарцинома/годы	2006	2007	2008	всего
Высокодифференцированная	34	55	44	133
Умереннодифференцированная	47	49	69	165
Низкодифференцированная	7	5	11	23
Плоскоклеточный рак	2	1	2	5
Аденокарцинома с плоскоклеточной метаплазией	2	1	2	5
Железисто-плоскоклеточный рак	1	3	4	8
Всего	94	115	134	343

72% больных выполнена операция в объеме экстирпации матки с придатками. По вскрытии брюшной полости производилась полная ревизия органов малого таза и брюшной полости, забрюшинных лимфоузлов, брались смывы из брюшной полости. Для предотвращения интраоперационной диссеминации опухолевых клеток манипуляции на матке сводились до минимума.

При выборе объема оперативного вмешательства обращалось внимание на степень выраженности обменно-эндокринных нарушений, так как при значительном ожирении лимфаденэктомия практически невыполнима и не всегда целесообразна.

Вместе с тем 28% больных, у которых были опухоли с низкой степенью дифференцировки, с глубокой инвазией в миометрий, переходе на цервикальный канал выполнялась экстирпация матки с придатками и лимфаденэктомия. При выявлении метастазов в яичники производилось удаление большого сальника.

1А стадия 54 (15,7%) больных: при поражении только эндометрия вне зависимости от гистологической структуры опухоли и степени ее дифференцировки выполнялась простая экстирпация матки с придатками без какой-либо адъювантной терапии.

1В стадия 184 (53,5%) больных: при поверхностной инвазии, локализации опухоли небольших размеров высокой степени дифференцировки в верхнезадней части матки производилась простая экстирпация матки с придатками без адъювантного лечения. При инвазии до 1/2 миометрия, G -2 и G -3 степенях дифференцировки, больших размерах опухоли и локализации в нижних отделах матки производилась экстирпация матки с придатками и лимфаденэктомия. После операции проводилось наружное облучение малого таза.

1С – 2а стадии 81 (23,5%) G 2-G 3; 2В G 1, 3 после операции проводилась сочетанная лучевая терапия.

3 стадии 25 (7,3%) в состав комплексного лечения входило проведение нескольких курсов полихимиотерапии.

Послеоперационная летальность составила 0 %.

Интраоперационные осложнения: кровотечения в 0,1% случаев, ранение мочевого пузыря- 0,49% случаев (эти повреждения имели место при необходимости удаления культи шейки матки после радикальных операций).

Послеоперационные осложнения: – тромбоз поверхностных и глубоких вен нижних конечностей у 3 (0,87%) пациенток; эвентерация – у 1 (0,29%) пациентки, тромбозомболия мелких ветвей легочной артерии у 4 (1,16%) пациентки. В комплекс лечебно-профилактических

мероприятий включено: ношение эластических чулок, гепаринотерапия, антибиотикотерапия.

Рецидивы наиболее часто локализуются во влагалище (42%), лимфатических узлах таза (30%), отдаленных органах (28%).

Улучшения результатов лечения можно достичь в основном за счет увеличения продолжительности жизни больных раком 1 и 2 стадии, в то время как данный показатель при 3 и 4 стадии остается стабильным.

В процессе курации онкологами ГУЗ «ТООД» лечебно-профилактических учреждений города и области обращалось особое внимание на объемы диспансерных обследований больных миомой матки, генитальным эндометриозом, синдромом склерокистозных яичников, ожирением, сахарным диабетом и гипертонической болезнью, с акцентом на необходимость своевременной гормональной коррекции ановуляции, гиперэстрогении.

Литература

1. Онкология / Под редакцией акад. РАМН В.И.Чиссова, проф. С.Л. Дарьяловой, 2006.
2. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии.2002.
3. Харитонова Т.В. Рак тела матки // Современная онкологии. 2000.Том 2. №2.
4. Кузнецов В.В. Рак тела и шейки матки // Проблемы клинической медицины. 2006. № 4.
5. Новикова Е.Г., Ронина Е.А., Чулкова О.В., Антипов В.А., Пронин С.М., Шевчук А.С. Концепция органосохраняющего лечения в онкогинекологии // Практическая онкология. Том.1. 2009.№2.
6. Новикова Е.Г., Пронин С.М. Руководство по гистерорезектоскопии в онкогинекологии.
7. Хирш Х., Кезер О., Икле Ф. Оперативная гинекологии. 1999.

Секция 4. РАЗНОЕ

ФИЛЛОИДНЫЕ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Алленова Е.Н., Милованов В.В., Эльперин Л.С.

ГУЗ «Гамбовский областной онкологический диспансер»

Фиброэпителиальные опухоли молочной железы (фиброаденомы) являются двухкомпонентными опухолями с пролиферацией соединительнотканного и эпителиального компонентов. Листовидная опухоль (филлоидная фиброаденома, гигантская миксоматозная фиброаденома) характеризуется преобладанием соединительнотканного компонента, быстрым ростом, склонностью к рецидивированию и высокой вероятностью малигнизации. Частота листовидных опухолей составляет не более 2% от всех фиброаденом.

В Международной гистологической классификации ВОЗ (1995) в разделе фиброэпителиальных новообразований выделена группа листовидных опухолей (9020\0) с тремя возможными формами – доброкачественной, пограничной и злокачественной.

За 5 – летний период (2005-2009 гг.) на базе ГУЗ «ТООД» было прооперировано 844 пациентки по поводу фиброаденом. Листовидные опухоли были обнаружены у 9 пациенток (1,05% от всех фиброаденом).

Распределение по годам было следующим (табл. 1).

Таблица 1

Распределение по годам пациенток с фиброэпителиальными опухолями (количество случаев)

	2005	2006	2007	2008	2009
Фиброаденомы	157	196	161	175	155
Листовидные доброкачественные опухоли	1	3	-	1	1
Листовидные злокачественные опухоли	-	2	-	-	1

Возраст пациенток был от 21 до 70 лет. Из 9 листовидных опухолей доброкачественный вариант был у 6 пациенток (0,7%), злокачественный – у 3 (0,35%). Предшествующую сильную травму молочной

железы отмечали 2 из 3 пациенток со злокачественным вариантом филоидной опухоли.

Размеры опухолей варьировали в диапазоне от 2 до 29 см, причем у большинства пациенток (у 7 из 9) размеры опухоли были более 8 см. (табл. 2)

Таблица 2

Клинико-статистические особенности

№ п/п	Возраст на момент операции (лет)	Предоперационный анамнез	Предшествующая травма молочной железы	Сторона поражения	Размер опухоли (см)	Объем операции	Период наблюдения (данные на 04.2010)
1.	49	8 месяцев	-	левая	10	СР	5 лет, 2 месяца
2.	54	6 месяцев	-	правая	17	Амж	4 года, 4 месяца
3.	51	2 месяца	-	правая	2	СР	3 года, 6 месяцев
4.	21	7 месяцев	-	правая	10	СР	3 года, 5 месяцев
5.	46	6 лет	-	правая	29	Амж	2 года
6.	52	2 года	-	левая	12	Амж	9 месяцев
7.	70	6 месяцев	+	левая	8	СР + МЭ по Маддену	Умерла через 3 года от опер.
8.	56	2 месяца	-	левая	4	СР	3 года, 9 месяцев
9.	25	1 месяц	+	левая	9	(*)	(*)

СР – секторальная резекция молочной железы;

Амж – ампутиация молочной железы;

МЭ – мастэктомия

(*) – пациентке выполнена Амж, через 4 месяца по поводу mts левосторонняя подмышечная лимфаденэктомия, 6 курсов ПХТ, ДГТ на регионарные зоны 50 Гр и 36 Гр. Через 11 месяцев от начала лечения прогрессия в виде mts в легкие и печень.

Клинически листовидные опухоли, независимо от размера и гистологического строения, определялись как плотно-эластические, безболезненные, бугристые или дольчатые образования с относитель-

но четкими контурами. При больших размерах листовидные опухоли сохраняли относительную четкость контуров и растягивали кожу молочной железы, не прорастая ее и не вызывая вторичного отека. Регионарные лимфоузлы у всех пациенток не были увеличены. Макроскопически на разрезе опухоли выглядели как образования неоднородного серо-розового или бурого цвета, с участками ослизнения и зонами распада. При этом все опухоли имели капсулу и росли экспансивно, без признаков прорастания в окружающие ткани.

Пациенткам было проведено следующее хирургическое лечение: при доброкачественном варианте – 3 секторальных резекции и 3 ампутации молочной железы; при злокачественном варианте – 1 секторальная резекция, 1 мастэктомия по Мадену после предварительной секторальной резекции со срочным гистологическим исследованием. У 1 пациентки (*) (табл. 2) первым этапом была выполнена ампутация молочной железы.

Прослежены отдаленные результаты лечения всех 9 пациенток. У 6 пациенток с доброкачественными опухолями признаков рецидива не выявлено. (Период наблюдения от 11 месяцев до 5 лет). Из 3 пациенток со злокачественными опухолями в настоящее время живы двое: у одной пациентки безрецидивный период составляет 3,5 года; у второй – прогрессия заболевания наступила через 4 месяца от момента оперативного лечения. Одна пациентка умерла через 3 года после оперативного лечения от прогрессии основного заболевания.

Выводы:

1. При доброкачественной форме листовидной опухоли течение заболевания не отличается от течения заболевания при остальных видах фибroadеном.

2. Злокачественные формы листовидных опухолей имеют агрессивное течение, метастазирование носит преимущественно гематогенный характер и необходимо разрабатывать стандарты адьювантного лечения данного заболевания.

Литература

1. Цитологическая диагностика листовидных опухолей и сарком молочной железы. О.Г. Григорук, В.Н. Богатырев, А.Ф. Лазарев и др. «Маммология», №1, 2005 г.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С КОЛОСТОМОЙ НА ЭТАПАХ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Афендулов С.А., Введенский В.С., Мишин А.С.

Медицинский институт Тамбовского государственного университета
имени Г.Р. Державина

Отдаленные результаты восстановительных операций, являются основными критериями эффективности хирургической реабилитации больных с колостомами.

Наличие функционирующей колостомы на передней брюшной стенке прежде всего влияет на психо-эмоциональное состояние пациента, а продуктивная деятельности человека во многом зависит от характера и степени выраженности того психического состояния, на фоне которого протекает эта деятельность, то производилась оценка прежде всего психического статуса, а именно: нервно-психического напряжения, астении, сниженного настроения пациентов с колостомой до операции и после выполнения этапа хирургической реабилитации. При этом использовался опросник нервно-психического напряжения (НПН), предложенный Т.А. Немчиным, шкала астенического состояния (ШАС), созданная Л.Д. Малковой и адаптированная Т.Г. Чертовой, шкала оценки субъективной комфортности (ШОСК), разработанная А.Б.Леоновой.

Анкетирование пациентов с колостомой происходило в среднем за месяц до выполнения восстановительного этапа лечения, и спустя 4-6 месяцев после закрытия колостомы. При помощи анкет опрошен 91 пациент: 47 – онкобольных, 44 – с доброкачественной патологией толстой кишки.

Нервно-психическое напряжение является особым видом психического состояния, развивающегося у человека в сложных условиях его жизни и деятельности. Оно протекает как системный процесс, вовлекающий в себя различные уровни нервно-психической и сомато-физиологической организации человека, сопровождается как положительно, так и отрицательно окрашенными переживаниями, существенными сдвигами в организме человека и изменениями его работоспособности.

Под термином «астеническое состояние», или «снижение психической активации», понимается психическое состояние, характеризующееся общей, и прежде всего психической слабостью, повышенной истощаемостью, раздражительностью, снижением продуктивности

психических процессов, расстройствами сна, физической слабостью и другими вегетативно-соматическими нарушениями.

Основные направления анализа данных, полученных при помощи любой из нижеперечисленных методик, состоят в поисках корреляций, основных факторов и закономерностей развития состояний нервно-психического напряжения, астении, дискомфорта при наличии и отсутствии временной колостомы, влияние ее на психическое состояние и деятельность человека, в частности на продуктивность и эффективность, и установление закономерных связей с психофизиологическими, клинико-психологическими, анамнестическими и другими характеристиками обследуемого после выполнения этапа хирургической реабилитации.

При помощи данных анкет получали субъективную оценку результатов восстановительных операций по закрытию колостомой путем сравнения данных анкетирования до- и после закрытия колостомы.

Результаты анкетирования показали, что у пациентов всех групп в период наличия колостомы, отмечались изменения нервно-психического напряжения, соответствующие, в основном, II степени НПН опросника Т.А. Немчина. В то же время, значительное улучшение этих показателей зафиксировано после выполнения этапа хирургической реабилитации, выражающееся в устойчивости психического состояния, ощущении психического и соматического комфорта.

Анализ астенического состояния пациентов с колостомами показал, что у 85 (93,4%) пациентов до этапа закрытия стомы отмечалось снижение психической активации, проявляющейся общей и психической слабостью, истощаемостью, снижением продуктивности психических процессов и другими вегетативно-соматическими нарушениями, что по бальной системе оценки соответствовало диапазону астении как «слабая» и «умеренная». Данные показатели значительно изменились после этапа хирургической реабилитации: отсутствие астении отмечено у 78 (85,7%), наличие слабой астении – у 13 (14,3%). Сколько-нибудь значимого снижения психической активации, существенно сказывающейся на продуктивности человека, нарушениями в эмоциональной сфере не было отмечено ни у одного пациента.

Изучение степени субъективной комфортности переживаемого пациентом функционального состояния в данный момент времени показало, что наличие функционирующей колостомы способствует развитию сниженного и низкого уровня субъективной комфортности у всех пациентов. Данный показатель значительно изменился после

восстановления естественного пассажа по толстой кишке в сторону повышения уровня субъективного комфорта и самочувствия.

Увеличение числа пациентов со сниженным уровнем субъективной комфортности и с низким уровнем произошло за счет категории больных, которым колостомия была выполнена с превентивной целью, после выполнения сложных пластических операций по удалению прямой кишки с замыкательным аппаратом и формированием неоректум, неосфинктера, а также после низкой передней резекции прямой кишки в связи с явлениями инконтиненции, которые были выполнены у 11 пациентов. У 4 больных уровень субъективной комфортности был недостаточным вследствие наличия тяжелой сопутствующей патологии, на фоне которой, отсутствие колостомы улучшило качество жизни, но преобладали жалобы со стороны сердечно-сосудистой, легочной системы. У 1 пациентки после закрытия 2-х ствольной сигмостомы (оперирована в объеме экстериоризации воспалительной опухоли по поводу перфорации единственного дивертикула) возникли необъяснимые запоры, с трудом поддающиеся медикаментозной коррекции.

Обзор психологических проблем больного, сопряженных с наличием колостомы, со всей очевидностью указывает на необходимость психологического сопровождения больных на всех этапах лечения. С позиций биопсихосоциальной модели болезни это проблема не только душевных страданий, это и путь к повышению эффективности лечения.

Проведенное исследование со всей очевидностью показало, что существует высокая потребность в психологической помощи у стомированных больных, которая на настоящий момент удовлетворяется далеко не в полной мере. Расширение показаний, совершенствование методов и способов выполнения реконструктивно-восстановительных операций по закрытию колостом, как наиболее эффективный способ медико-социальной реабилитации пациентов в обществе, позволяет добиться нормализации психо-эмоционального состояния практически у всех пациентов.

ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Афендулов С.А., Мишин А.С., Журавлев Г.Ю., Веденский В.С.

Медицинский институт Тамбовского государственного университета
имени Г.Р. Державина

В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости раком ободочной и прямой кишок. В структуре злокачественных новообразований в Российской Федерации рак толстой кишки занимает четвертое место, при этом уступая лишь раку легкого, желудка и раку молочной железы (Воробьев Г.И., 2003; Ривкин В.Л. и соавт, 2001).

Учитывая позднюю обращаемость пациентов за медицинской помощью, недостатки в работе амбулаторной службы, зачастую опухоль толстого кишечника впервые диагностируется при выявлении ее осложнений, наиболее распространенным из которых является острая обтурационная толстокишечная непроходимость.

Обтурационная непроходимость, как осложнение рака ободочной и прямой кишки составляет 3-4% в структуре экстренных поступлений, летальность при которой по данным литературы составляет 20-60%.

Среди этой группы больных наиболее часто встречаются пациенты с III и IV клинической группой заболевания (Алиев С.А., 1998; Гринев М.В. и соавт., 2004; Яицкий Н.А. и соавт., 2004).

Проведен анализ летальных исходов больных находившихся на хирургическом лечении с данной патологией с 2000 по 2009 годы.

Были подвергнуты хирургическому лечению 118 больных раком толстой кишки, осложненным острой обтурационной непроходимостью.

После хирургического лечения острой обтурационной толстокишечной непроходимости умерло 27 (23%) человек.

Среди умерших пациентов было 11 мужчин и 16 женщин. После радикальных операций умерло 13 (48%) пациентов, после паллиативных – 13 (48%) пациентов и один больной умер после эксплоративной лапаротомии.

Считаем некорректным сравнивать летальность после радикальных и паллиативных вмешательств, так как радикальным были подвержены больные с заведомо более высокими компенсаторными возможностями, а с паллиативными – с заведомо более низкими.

Среди умерших один пациент младше 50 лет; 3 пациентов (11%) от 50 до 60 лет; 10 пациентов (37%) в возрасте от 61 до 70 лет; 11 пациентов (40%) – от 71 до 80 лет и 2 пациентов (7%) старше 80 лет.

Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто встречается ишемическая болезнь сердца – у 20 (74%) больных, причем у 10 (37%) она проявлялась перенесенным острым инфарктом миокарда или инсультом; у 8 (29%) больных – сахарный диабет, причем у 3 (11%) в стадии декомпенсации; гипертонической болезнью страдали – 22 (82%) больных, хроническими заболеваниями бронхолегочной системы (хронический бронхит, эмфизема, пневмосклероз) – 8 (29%) пациентов; заболеваниями органов пищеварения (желудочно-кишечного тракта и желчевыводящей системы) – 2 (7%) больных, хроническим пиелонефритом страдал 1 (3%) пациент.

Наибольшая летальность отмечена при локализации опухоли в слепой кишке – умерло 3 из 7 оперированных больных (43%).

Наименьшая – при локализации в прямой кишке – 11,1%.

При локализации опухоли в правой половине ободочной кишки летальность составила 37,5%, поперечно – ободочной кишке – 33,3%, левой половине ободочной кишки – 14,2%, сигмовидной кишке и ректосигмоидном отделе – 18%.

Локализация опухоли и объем оперативного вмешательства представлен в таблице №1.

Таблица 1

Объем оперативного вмешательства и локализация опухоли

Локализация опухоли	Радикальные операции	Паллиативные операции
Сигмовидная кишка и ректосигмоидный отдел	7 (58%)	5 (42%)
Левая половина	1 (25%)	3 (75%)
Прямая кишка	-	2 (100%)
Правая половина	1 (33%)	2 (66%)
Слепая кишка	2 (66%)	1 (33%)
Поперечно-ободочная кишка	2 (100%)	-

Один больной умер после выполненной эксплоративной лапаротомии. В группе радикальных операций 12 операций выполнены по типу обструктивной резекции, с наложением концевой колостомы. У одной больной был наложен первичный анастомоз. Объем паллиативных операций заключался в наложении двухствольных разгрузоч-

ных колостом, а при локализации опухоли в слепой кишке и правой половине ободочной кишки (2 больной) был наложен обходной илеотрансверзоанастомоз.

В группе радикальных операций в одном наблюдении – при локализации опухоли в яичнике, с прорастанием в сигмовидную кишку была выполнена симультанная резекция левых придатков и обструктивная резекция толстой кишки.

У одной больной, при локализации опухоли в сигмовидной кишке, с наличием метастаза в тонкую кишку и желчекаменной болезни была выполнена симультанная операция – левосторонняя гемиколэктомия, резекция тонкой кишки с анастомозом, холецистэктомия.

Анализируя сроки от момента выполнения операции до смерти больного следует отметить, что 10 пациентов (37%) умерли в первые сутки после операции, 11 пациентов (41%) в течение 5-ти суток после операции и 6 пациентов (22%) от 5 суток до 2-х недель с момента выполнения оперативного пособия.

В структуре послеоперационной летальности преобладает летальность по причине токсикоза и полиорганной недостаточности – у 13 (54%) больных; 8 (33%) пациентов умерли от тромботических осложнений (инфаркта миокарда – 2 больных, тромбоэмболии легочной артерии – 4, мезентерального тромбоза – 2 больных), 3 (13%) больных в результате несостоятельности анастомоза и перитонита, причем у 2 больных – обходного илеотрансверзоанастомоза.

Анализ летальных исход позволил выявить следующие недостатки в ведении больных.

В одном наблюдении, при опухоли сигмовидной кишки была выполнена резекция кишки с опухолью и наложен первичный толсто – толсто кишечный анастомоз, больная умерла от несостоятельности анастомоза и перитонита.

У одного больного при поступлении больного непроходимость удалось разрешить консервативными мероприятиями в течение нескольких часов от поступления. Больной был оперирован на 10 сутки после поступления с вновь нарастающей клиникой непроходимости и престенотическим разрывом сигмовидной кишки.

В структуре послеоперационной летальности отмечается высокая частота летальных исходов по причине – тромботических осложнений.

Летальность при данной патологии остается высокой, как при радикальных, так и паллиативных вмешательствах.

Наиболее подвержены высокому риску летального исхода пожилые пациенты старше 60 лет с тяжелой сопутствующей патологией, а также тяжелой степенью эндотоксикоза.

Совершенствование тактики диагностических и лечебных мероприятий дает право говорить о возможности снижения частоты летальных исходов.

Литература

1. Алиев С.А. Хирургическая тактика при раке ободочной кишки, осложненном obturationalной кишечной непроходимостью у больных пожилого и старческого возраста // Российский онкологический журнал. – 1998. №6. – С.23-27.

2. Бадежин А.Я. Результаты лечения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью // Хирургия. – 2007. №4. – С. 49-53.

3. Воробьев Г.И., Фролов С.А. Выбор метода хирургического лечения осложненных и распространенных форм колоректального рака // IX Всероссийский съезд хирургов: Материалы съезда – Волгоград, 2000. С – 154.

4. Макарова Н.П. Выбор хирургической тактики при obturationalной толстокишечной непроходимости // Хирургия. – 2000. №8. – С. 45-48.

5. Помазкин В.И., Мансуров Ю.В. Тактика оперативного лечения при опухолевой obturationalной толстокишечной непроходимости // Хирургия. – 2008. №9. – С. 15-18.

6. Ханевич М.Д., Шамолин М.А. Лечение опухолевой толстокишечной непроходимости // Вестник хирургии. – 2005. №1. – С. 85-89.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА ПО МАТЕРИАЛАМ ОБЛАСТНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Баранов О.В., Поповичев Е.А.

ГУЗ «Гамбовский областной онкологический диспансер»

Рак пищевода является одной из наиболее сложных проблем онкологии, что связано с анатомическими особенностями расположения и строения пищевода. Больные этой категории чаще всего относятся к старшей возрастной группе, отягощены сопутствующей патологией, поступают на лечение обезвоженные, истощенные и ослабленные, что требует интенсивной предоперационной подготовки.

В ГУЗ «ТООД» операции на пищеводе выполняются с 1991 года. За это время выполнено более 100 радикальных операций при злокаче-

ственных опухолях данной локализации. Основными типами операций, выполняемыми в учреждении, являются операции типа Льюиса и Гарлока. Из паллиативных – гастростомия и обходной эзофаго-гастроанастомоз.

При радикальных операциях выполнение лимфодиссекции является обязательным условием данного вмешательства. Удаляется клетчатка в объеме Д2 в брюшной полости и стандартная лимфодиссекция в средостении.

Пластика выполняется

- Широким желудочным стеблем;
- Узкой трубкой из большой кривизны желудка;
- Выделенным сегментом толстой кишки.

Расположение трансплантата осуществляем исключительно задне-медиастинальное.

В послеоперационном периоде применяем активное дренирование плевральной полости, брюшной полости трубчатыми силиконовыми дренажами.

С 2000 по 2009 год выполнено 87 радикальных операций по поводу рака пищевода, в основном при опухолях соответствующих Т3-Т4.

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
4	4	7	15	8	10	12	13	7	4

Послеоперационные осложнения разной степени выраженности отмечались у 20% пациентов.

Из них:

- Послеоперационная пневмония у 11 больных;
- Острый инфаркт миокарда у 3 больных;
- Несостоятельность анастомоз у 2 больных;
- Парез n.recurrens у 1 пациента;

Послеоперационная летальность составила 5% у радикально оперированных больных. Смерть пациентов не была связана с погрешностями в оперативной технике, а обусловлена выраженной сопутствующей терапевтической патологией.

5 и более лет живут 35 человек, что составило 40% от всего числа радикально прооперированных пациентов.

Паллиативных операций за последние 3 года выполнено 35:

- 30 гастростомий;
- 5 обходных эзофаго-гастроанастомозов.

Летальных исходов после паллиативных вмешательств не отмечалось.

Закключение: несмотря на сравнимые со среднероссийскими показатели хирургического лечения данной патологии, необходимо совершенствование техники выполнения данных вмешательств, внедрение современных методик анестезиологического пособия.

Применение новых технологий при паллиативных операциях, в частности внедрение методики стентирования просвета пищевода.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ

Баранов А.В., Соловьев В.Л.
ГУЗ Тамбовская областная больница

Проблема диагностики новообразований легких и средостения по-прежнему остается наиболее сложной и актуальной. Солитарное узловое образование легких – самая частая рентгенологическая находка. По данным Lillington /1/ в США при рентгенографии и компьютерной томографии грудной клетки каждый год выявляется 150000 новых случаев солитарных узловых образований, по данным Jemal et al /2/ – 170000. Установить точный диагноз у больного с бессимптомным течением заболевания посредством сбора анамнеза и физикального обследования в большинстве случаев не удается. Удельный вес больных с раком легкого 4 стадии составляет 34,7%. Летальность на первом году с момента установления диагноза составляет 56,0%/3/ Неинвазивные методы исследования (рентгенография, компьютерная томография, УЗИ) в диагностике патологии органов грудной клетки обладают низкой специфичностью, особенно при наличии воспалительных осложнений, не дают ответ о морфологической структуре выявленных образований /4/. Специфичность компьютерной томографии при наличии воспалительных осложнений снижается до 40-50% /5/. Применение гистологической верификации выявляет диагностические ошибки при болезнях легких в общеклинической сети в 52-88,3% случаев, в специализированных стационарах – в 18-48,4%. Раннее применение биопсийных методов, дающих возможность проведения цитологического, гистологического, гисто-

бактериологического исследований во многом решает проблему ошибочной диагностики поражений легких /6/. В настоящее время используют несколько способов получения материала из органов грудной клетки для последующего морфологического исследования: трансторакальная игловая биопсия; открытая биопсия; бронхоскопия с биопсией; медиастиноскопия; видеоторакоскопическая торакоскопическая биопсия /7/. Трансторакальная биопсия – хорошо известный метод окончательной диагностики новообразований легких и средостеня. Он применяется с конца 19 века. В 1883 году Лейден обнаружил с помощью нее микроорганизмы у пациента с пневмонией, три года спустя Ментерие таким образом первым диагностировал рак легкого. С начала 60-х годов после сообщений Далгрема и Нордстрема эта процедура получила широкое распространение. Хага и Алфиди первыми сообщили о проведении трансторакальной биопсии под контролем КТ в 1976 году. КТ контроль предпочтителен для маленьких опухолей, плохо определяемых при рентгеноскопии, образований связанных с корнем легкого, образований средостеня. Трансторакальную пункцию считают методом выбора в морфологической диагностике округлых образований в легком и образований средостеня /8/. В настоящее время трансторакальная биопсия осуществляется с различными видами наведения. Наиболее распространены – ультразвуковое наведение и компьютерная томография. Значительные трудности, возникающие при визуализации патологии органов грудной клетки (необходимость наличия безвоздушных зон между грудной клеткой и исследуемым образованием), ограничивают применение УЗИ-наведения при трансторакальной биопсии /9/. Компьютерная томография лишена этих недостатков. Трансторакальная биопсия под КТ-наведением не возможна лишь при прохождении маршрута доступа в непосредственной близости от сердца и крупных сосудов.

Диагноз рак при трансторакальной биопсии удается подтвердить в 62-88% случаев /7/. Чувствительность трансторакальной биопсии под контролем компьютерной томографии при злокачественных опухолях 80%, специфичность 74%, точность 76%, а при доброкачественных соответственно 50%, 35% и 40%. Возможные осложнения – пневмоторакс 6-23%, кровохарканье до 4-11%, гемоторакс до 2%/10/, отдаленные метастазы по ходу иглы – 8 случаев на 68000 биопсий./11/

Материалы и методы: Проведен анализ 90 пациентов с периферическими образованиями легких и опухолями средостеня, находившимися в отделении торакальной хирургии Тамбовской областной боль-

ницы с 2006 по 2008 год. Среди них мужчин 74 (82,2%), женщин 16 (17,8%). Возраст от 27 до 79 лет. Средний возраст 58,6 лет. Размеры образований, выявленных рентгенологически, находились в пределах от 1,5-3 см у 20 (22,2%), от 3-5 у 28 (31,1%), более 5 см у 42 (46,7%) пациентов. В среднем 4,1 см. Патологические изменения располагались в правой половине грудной клетки у 52 (58%), слева у 38 (42%). В верхней доле у 46 (51,1%), нижней у 29 (32,2%), средней у 11 (12,2%), средостенья у 4 (4,5%).

На основании комплексного рентгенологического исследования лишь 55 (61%) пациентам поставлен диагноз, который затем был подтвержден морфологически. В 25 (28%) поставлен диагноз округлое образование легкого. В 4-х случаях (4,4%) поставлен диагноз метастатическое поражение легких, что не нашло подтверждения после морфологического исследования. В 4-х случаях (4,4%) поставлен диагноз опухоль средостенья, что так же без уточнения этиологии не позволяет выбрать адекватное лечение. Наконец в 2-х случаях (2,2%) изменения, расцененные рентгенологически как абсцедирующая пневмония, после трансторакальной биопсии оказались раком.

Таким образом, по нашим данным, рентгенологический метод позволяет поставить диагноз лишь в 61% случаев, что наталкивает на поиск способов диагностики, позволяющих осуществить морфологическую верификацию. Одним из таких методов является трансторакальная биопсия опухолей легкого и средостенья полуавтоматической иглой SLB под контролем КТ.

Проведен анализ 90 трансторакальных пункций полуавтоматической иглой. Биопсия осуществлялась в кабинете КТ, в положении лежа, с задержкой дыхания на высоте вдоха. Проводилось сканирование грудной клетки, выбиралось место наиболее близкого расположения патологического образования к грудной стенке, измерялась глубина расположения. После местной анестезии 0,5% раствором новокаина пункционная игла вводилась на указанную глубину в проекции патологического образования по верхнему краю нижележащего ребра. После чего проводилось контрольное сканирование и при локализации иглы в исследуемом образовании, выполнялась биопсия. После биопсии проводилось контрольное исследование, целью которого было выявление возможных осложнений (пневмогидроторакс).

Применяя данную методику у 90 пациентов на протяжении 3-х лет, удалось добиться цитологической верификации в 78 случаях, то есть информативность составила 86,6%. Расхождение по форме

злокачественного заболевания при цитологическом и послеоперационном гистологическом исследовании выявлено у 27 (30%). Несовпадение диагнозов у 6 (6,7%). Материал оказался неинформативен у 6 (6,7%). Послеоперационное гистологическое исследование проводилось у 64 (71,1%) пациентов. Выявлены следующие гистологические варианты: рак – 60 (66,7%), доброкачественный процесс – 10 (11,1%), метастатическое поражение – 8 (8,9%), лимфогранулематоз – 4 (4,4%), саркома – 2 (2,2%), неинформативен – 6 (6,7%).

Осложнения выявлены у 10 (11,1%) пациентов. В 4 (4,44%) возникло кровохарканье, которое прекратилось в ближайшие сутки после назначения гемостатической терапии. В 6 случаях (6,66%) возник пневмоторакс. В 2-х случаях малый пневмоторакс не потребовал лечебных мероприятий. В 3-х случаях пневмоторакс купирован плевральной пункцией. В одном случае, при сочетании рака верхней доли и кистозно-булезной гипоплазии верхней доли потребовалось дренирование плевральной полости. На третьи сутки легкое расправилось, и больной был прооперирован.

Выводы:

1. Конечным этапом диагностики заболеваний органов грудной клетки является морфологическое исследование.

2. Трансторакальная биопсия полуавтоматической иглой под контролем КТ позволяет получить материал для морфологического исследования и поставить диагноз в 86,6% случаев.

3. Трансторакальная биопсия помогает в поиске первичного очага при метастатическом поражении органов грудной клетки.

4. Использование полуавтоматической иглы SLB делает метод простым в исполнении и безопасным для пациента.

Литература

1. Lillington // Genes Chromosom Cancer, 1991, v.3.
2. Cancer statistics, 2004. CA Cancer J Clin 2004; 54:8-29.
3. Старинский В.В., Трахтенберг А.Х., Мамонтов А.С. Заболеваемость и смертность при раке легкого в Российской Федерации // Онкохирургия. №1; 2008; с.129.
4. Гоцадзе И.Д. Позитронная эмиссионная томография в диагностике и выборе тактики лечения немелкоклеточного рака легкого. Автореферат на соискание ученой степени к.м.н. 2007.
5. Павлушков Е.В. Особенности стадирования и лечебной тактики при немелкоклеточном раке легкого, осложненного вторичным воспалительным процессом. Автореферат на соискание ученой степени к.м.н. 2007.

6. Суркова Л.К., Дюсмикеева М.И., Василевский А.Г., Оптимизация тактики хирургического лечения прогрессирующих форм туберкулеза легких с морфологических позиций // Материалы 7 Российского съезда фтизиатров. 3-5 июня 2003.

7. Юхимец В.А., Калабуха И.А.. «Инвазивные методы диагностики в пульмонологии» // Сборник тезисов 4 съезд фтизиатров; С.87.

8. Федусенко А.А. Трансторакальные КТ-биопсии: точность и безопасность проведения. Новые медицинские технологии.-2001.-№1. С.34-35.

9. Сенькин Ю.Г. Диагностическая эффективность игловой биопсии грудной клетки под контролем ультразвукового изображения // Сборник тезисов «Актуальные вопросы онкологии», Иркутск 2002.-с.74-75.

10. Сафонов Д.В. «Sono Ace International» №17, 2008.

11. Dr. David F. Yankelevtz., Нью-Йорк 2003-2008 GRANDEX.RU

СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ

Гумарева Г.Е., Османов Э.М.

Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина

В течение XX века в России произошли значительные изменения структуры смертности населения. Если в начале века одной из ведущих причин смерти являлись инфекционные болезни, то в настоящее время их доля в структуре смертности больных в стационарах России составляет всего от 7,21% (2001 г.) до 8,07% (2000 г.).

Анализ результатов патологоанатомических вскрытий показывает, что среди причин смерти в настоящее время в России преобладают болезни системы кровообращения, новообразования и болезни органов пищеварения.

Первоначальная причина смерти – это болезнь или травма, вызвавшая последовательный ряд болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти.

Цель исследования – изучить структуру смертности в лечебных учреждениях Тамбовской области, как показатель состояния здоровья населения Тамбовской области, а также как показатель диагностики и качества лечения в лечебных учреждениях Тамбовской области.

Данные о частоте первоначальных причин смерти по результатам аутопсий умерших в лечебных учреждениях Тамбовской области представлены в табл. 1-5.

Таблица 1

Количество и частота (%) первоначальных причин смерти по результатам аутопсий умерших в стационарах взрослой сети ЛПУ Тамбовской области в период с 2006 г. по 2009 г.

№	Классы болезней по МКБ-10	Количество и процент от числа вскрытий умерших в данном классе							
		2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г.	
		Количество	%	Количество	%	Количество	%	Количество	%
1.	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	110	6,3	81	4,4	95	4,9	89	4,5
2.	Новообразования	231	13,3	233	12,7	236	12,1	228	11,5
3.	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	3	0,2	7	0,4	10	0,5	1	0,05
4.	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	28	1,6	35	1,9	38	1,9	40	2,0
5.	Психические расстройства поведения.	24	1,4	30	1,7	46	2,3	32	1,6
6.	Болезни нервной системы.	21	1,2	14	0,8	23	1,2	12	0,6
7.	Болезни глаза и его придаточного аппарата.	1	0,1	0	0	0	0	0	0
8.	Болезни уха и сосцевидного отростка	1	0,1	0	0	0	0	1	0,05
9.	Болезни системы кровообращения.	815	47,0	894	48,7	967	49,5	1027	51,6
10.	Болезни органов дыхания.	126	7,3	130	7,1	143	7,3	159	8,1
11.	Болезни органов пищеварения.	298	17,3	325	17,7	328	16,8	327	16,4

№	Классы болезней по МКБ-10	Количество и процент от числа вскрытий умерших в данном классе							
		2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г.	
		Количество	%	Количество	%	Количество	%	Количество	%
12.	Болезни кожи и подкожной клетчатки.	17	0,9	12	0,7	10	0,5	2	0,1
13.	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.	4	0,2	6	0,3	6	0,3	13	0,6
14.	Болезни мочеполовой системы.	41	2,3	48	2,6	31	1,6	42	2,1
15.	Беременность, роды и послеродовой период.	2	0,1	4	0,2	2	0,1	2	0,1
16.	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения.	8	0,5	10	0,6	8	0,4	9	0,4
17.	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин.	4	0,2	3	0,2	12	0,6	6	0,3

Как видно из таблицы в структуре причин смерти по результатам аутопсий Тамбовской области в период с 2006 г. по 2009 г. первое место принадлежит болезням системы кровообращения, в период с 2006 г. по 2009 г. отмечался рост числа болезней данного класса с 47,0% (2006г.) до 51,6% (2009 г.).

Второе место принадлежит болезням органов пищеварения, в рассматриваемый период с 2006 г. по 2009 г. отмечалось снижение числа болезней данного класса с 17,3% (2006 г.) до 16,4% (2009 г.).

Третье место принадлежит новообразованиям, так отмечалось ежегодное снижение числа болезней данного класса с 13,3% (2006г) до 11,5% (2009 г.).

Четвертое место принадлежит инфекционным и паразитарным болезням с ежегодным снижением числа болезней данного класса с 6,3% (2006 г.) до 4,5% (2009 г.).

Таблица 2

**Структура (%) причин смерти первого класса МКБ-10:
Инфекционные и паразитарные болезни
в стационарах взрослой сети ЛПУ Тамбовской области
с 2006-2009 гг.**

Некоторые инфекционные и паразитарные болезни, в том числе:	2006	2007	2008	2009
Сепсис	2,72%	1,23%	3,15%	5,61%
Туберкулез	86,36%	85,18%	80,00%	75,28%
Менингококковая инфекция	1,81%	0%	1,05%	0,00%
Вирусные гепатиты	3,63%	6,17%	6,31%	6,74%
ВИЧ-инфекция	3,63%	3,70%	4,21%	6,74%

По результатам аутопсий рост смертности от инфекционных заболеваний обусловлен туберкулезом 86,36% (2006 г.) и 75,28% (2009 г.), с преобладанием генерализованных форм туберкулеза с острым течением (с обострением) и казеозной пневмонии. Далее в структуре причин смерти от инфекционных заболеваний следует ВИЧ-инфекцией 6,74% (2009 г.) и вирусный гепатит 6,74% (2009 г.).

Таблица 3

**Структура (%) причин смерти второго класса МКБ-10:
новообразований в стационарах взрослой сети ЛПУ
Тамбовской области с 2006-2009 гг.**

Новообразования, в том числе:	2006	2007	2008	2009
Злокачественные опухоли кожи	0%	0%	0,42%	1,31%
Рак молочной железы	3,03%	1,28%	1,27%	1,31%
Рак шейки матки	0,43%	1,28%	0,84%	0,43%
Рак тела матки	1,29%	2,57%	0,84%	0,87%
Рак яичников	0,86%	0,85%	2,54%	1,75%
Рак предстательной железы	2,16%	3,86%	1,27%	0,87%
Рак трахеи, бронхов и ткани легкого	19,48%	18,88%	14,40%	13,59%
Рак желудка	10,82%	9,87%	13,98%	14,03%
Рак поджелудочной железы	6,49%	5,57%	7,62%	8,33%
Рак печени	0,86%	1,71%	4,23%	2,63%
Рак ободочной кишки (включая ректо-сигмоидный отдел)	13,85%	16,30%	16,52%	14,91%
Рак прямой кишки	0,86%	3,43%	1,27%	1,75%
лейкемии	12,12%	11,15%	10,59%	12,71%
Лимфома Ходжкина	0,43%	0%	0,84%	0%
Лимфомы неходжкинские	3,89%	2,57%	0,84%	1,75%

Среди онкологических заболеваний первое место заняли злокачественные опухоли трахеи, бронхов и легкого, процент умерших в стационарах с данной патологией имел тенденцию к снижению с 19,48% (2006 г.) до 13,5% (2009 г.), второе – опухоли ободочной кишки, с характерным ростом заболеваемости и смертности с 13,85% (2006 г.) до 16,52% (2008 г.) и снижением до 14,91% (2009 г.). Третье место в структуре первоначальных причин смерти принадлежит раку желудка с ежегодным ростом числа умерших от данной патологии – с 10,82% (2006 г.) до 14,03% (2009 г.). Характерен рост числа умерших с раком поджелудочной железы с 6,49% (2006 г.) до 8,33% (2009 г.), злокачественными процессами крови с 12,12% (2006 г.) до 12,71% (2009 г.).

Реже встречаются опухоли кожи 1,31% (2009 г.), рак печени 2,63% (2009 г.), рак прямой кишки 1,75% (2009 г.), неходжкинские лимфомы 1,75% (2009 г.).

Отмечается снижение смертности от злокачественных процессов молочной железы у женщин с 3,03% (2006 г.) до 1,31% (2009 г.), рака тела матки с 1,29% (2006 г.) до 0,87% (2009 г.) и роста процента умерших от злокачественных процессов яичников с 0,86% (2006 г.) до 2,54% (2008 г.) и 1,75% (2009 г.).

Таблица 4

Структура (%) причин смерти девятого класса МКБ-10: болезни системы кровообращения в стационарах взрослой сети ЛПУ Тамбовской области с 2006-2009 гг.

Болезни системы кровообращения, в том числе:	2006	2007	2008	2009
Ревматизм, ревматические пороки сердца	2,33%	1,56%	1,75%	1,46%
Инфаркт миокарда	26,62%	26,73%	27,09%	30,08%
Инфаркт головного мозга	12,51%	19,46%	21,71%	22,29%
Кровоизлияние в головной мозг	13,86%	15,65%	14,89%	12,56%
Кровоизлияния оболочечные нетравматические	0,61%	1,00%	1,03%	2,14%

В превалирующем классе заболеваний – болезни системы кровообращения 51,6% (2009 г.) лидирует в качестве причины смерти острый инфаркт миокарда с ежегодным ростом процента умерших – от 26,62% (2006 г.) до 30,08% (2009 г.).

Инфаркты и кровоизлияния головного мозга – наиболее частый диагноз у секционного стола, так смертность от инфарктов головного мозга ежегодно растет с 12,51% (2006 г.) до 22,29% (2009 г.). Процент умерших от кровоизлияния в головной мозг соответствует 13,86% (2006 г.) и 14,89% (2008 г.) со снижением процента умерших до 12,56% (2009 г.). Замыкает таблицу ревматизм, ревматические пороки аортального клапана 1,46% (2009 г.).

Более чем у 65% больных умерших от заболеваний системы кровообращения, фоновым заболеванием была артериальная гипертензия, чаще – эссенциальная, реже – почечная гипертензия. Анализируя таблицу можно с уверенностью сказать, что основной причиной смерти жителей Тамбовской области являются инсульты и инфаркты миокарда на фоне артериальной гипертензии. Учитывая данные показатели, в 2010 г. планируется создание и ввод в эксплуатацию специализированного сосудистого центра на базе отделения сосудистой хирургии

Тамбовской областной больницы для оказания высокоспециализированной помощи пациентам Тамбовской области с патологией системы кровообращения.

Таблица 5

Структура (%) причин смерти одиннадцатого класса МКБ-10: болезни органов пищеварения в стационарах взрослой сети ЛПУ Тамбовской области с 2006-2009 гг.

Болезни органов пищеварения, в том числе:	2006	2007	2008	2009
Язвенная болезнь желудка	7,71%	8,00%	9,75%	9,78%
Язвенная болезнь 12-п кишки	8,38%	7,38%	6,40%	6,72%
Острый аппендицит	2,01%	0,92%	0,60%	1,22%
ЖКБ	5,36%	7,69%	6,40%	6,11%
Острый холецистит	4,36%	4,30%	2,13%	2,75%
Острая кишечная непроходимость	3,35%	4,00%	4,57%	2,44%
грыжи	5,36%	4,30%	6,40%	5,50%
Циррозы печени	17,11%	16,92%	17,07%	25,07%
Алкогольная болезнь печени	7,38%	10,46%	11,89%	8,86%
Острый панкреатит	15,43%	13,23%	16,15%	13,14%
Хронический панкреатит	1,00%	1,84%	1,52%	0,91%

В структуре причин смерти одиннадцатого класса МКБ-10 лидируют циррозы печени с ежегодным приростом процента умерших за период с 2006 г. по 2009 г. с 17,11% (2006 г.) до 25,07% (2009 г.). Ежегодно увеличивается процент умерших от алкогольной болезни печени от 7,38% (2006 г.) до 11,89% (2008 г.), с тенденцией к снижению до 8,86% (2009 г.).

Среди умерших от urgentных хирургических нозологических единиц (острых заболеваний органов брюшной полости) лидирует острый панкреатит от 15,43%(2006г) до 13,14%(2009г), который становится серьезной проблемой современной хирургии, при этом в 66% случаев имелся тотальный или субтотальный панкреонекроз, чаще геморрагический и смешанный, реже – жировой. Летальность при таких панкреатитах приближалась к 100%, исходя из патогенеза, преобладали алкогольные острые панкреатиты и холецистопанкреатиты, причинами смерти были перитонит (52%), ферментативный шок (30%) и пневмонии (11%)

Далее в структуре аутопсий от ургентной хирургической патологии следует язвенная болезнь желудка 7,71% (2006 г.) и 9,78% (2009 г.), язвенная болезнь 12-ти перстной кишки от 8,38% (2006 г.) до 6,72% (2009 г.). Наиболее частыми смертельными осложнениями (непосредственными причинами смерти) при язвенной болезни были пневмонии (32%), желудочно-кишечные кровотечения, в том числе геморрагический шок (25%) и перитонит(32%) Снижается процент аутопсий умерших от острого аппендицита, острого холецистита, острой кишечной непроходимости.

Нерешенной проблемой остается поздняя госпитализация больных, наличие обширной сопутствующей патологии у больных хирургического профиля.

Выводы:

- Ведущее место в структуре первоначальных причин смерти в стационарах лечебно-профилактической сети Тамбовской области, по данным аутопсий в период 2006-2009 г., принадлежит четырем классам МКБ-10 – болезням системы кровообращения, болезням системы пищеварения, новообразованиям, инфекционным и паразитарным болезням.

- Ведущей первоначальной причиной смерти в классе болезней кровообращения явился острый инфаркт миокарда и инсульты, что потребовало организации и планирования в 2011 г. сосудистого центра на базе отделения сосудистой хирургии областной больницы для оказания высокоспециализированной помощи данной категории больных.

- В структуре первоначальных причин смерти от новообразований в лечебно-профилактических учреждениях Тамбовской области лидируют злокачественные процессы трахеи, бронхов и легких.

- Среди первоначальных причин смерти от ургентной хирургической патологии наиболее высоким остается процент умерших от деструктивных форм острого панкреатита, процент умерших от острого аппендицита, острого холецистита, острой кишечной непроходимости снижается.

- В 1 классе МКБ-10 – инфекционные и паразитарные болезни весьма высоким остается процент умерших от туберкулеза легких.

Литература

1. Архив патологии (приложение): Анализ смертности, летальности, числа аутопсий и качества клинической диагностики в Москве за последнее десятилетие. – М.: Медицина, 2002.

2. Показатели работы патологоанатомической службы взрослой сети лечебно-профилактических учреждений министерства здравоохранения и социального развития в Российской Федерации в 2000-2004 гг. – М., 2006.

3. Годовой отчет о количестве и частоте (%) первоначальных причин смерти по результатам аутопсий умерших в стационарах взрослой сети ЛПУ Тамбовской области в 2006-2009 гг.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В ЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ

Ежова Е.Н.

ГУЗ «Тамбовский областной онкологический диспансер»

В России злокачественными новообразованиями ежегодно заболевают более 400 тыс. человек. Одной из главных задач практического здравоохранения является профилактика и ранняя диагностика рака шейки матки (РШМ). В этом плане важна эффективная диагностика начальных стадий рака, предопухолевых и фоновых заболеваний шейки матки, выполняемая в процессе скрининга в различные периоды жизни женщины. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), скринингом является идентификация не выявленного заболевания с помощью быстрых и массовых тест-исследований. Цитологический скрининг особенно эффективен при ранней диагностике РШМ, т. к. позволяет обнаружить злокачественное поражение на клеточном уровне.

На долю РШМ приходится 12 % всех злокачественных опухолей (по распространенности заболевание занимает 3-е место после рака молочной железы и эндометрия. В России уровень заболеваемости РШМ составляет 0,015 % (ежедневно от РШМ умирает 17 женщин).

Согласно приказу МЗ СССР № 1253 от 30.12.76 «О мерах по улучшению цитологической диагностики злокачественных новообразований и ранней выявляемости предклинического рака шейки матки», приказам № 356 от 26.07.1978 года Тамбовской области отдела здравоохранения на базе ГУЗ «ТООД» была организована областная централизованная цитологическая лаборатория». ЦЦЛ ГУЗ «ТООД» участвует в обследовании женского населения Тамбовской области. Обслуживает 34 смотровых кабинета городов и районов области, женских консультаций г. Тамбова, Котовска, Мичуринска. В лабораторию

ежедневно поступает до 600 мазков. Выявляемость угрожающей патологии по раку составляет 0,05%

Скрининговое исследование – это сложный многоступенчатый процесс, включающий забор материала, маркировку стекол и направлений, приготовление и фиксацию мазка, оформление направительных бланков, доставку материала в цитологическую лабораторию, окраску и просмотр препаратов, регистрацию, выдачу полноценных цитологических заключений. Для четкой организации совместной работы врачей-гинекологов, акушеров, цитологов, лаборантов, курьеров, операторов ЭВМ необходимо выполнять определенные требования.

Соблюдение правил взятия материала

Забор материала для скрининга производится акушерками и врачами-гинекологами в смотровых кабинетах. У женщин репродуктивного возраста мазки берутся не ранее чем на 5-й день менструального цикла и не позднее чем за 5 дней до предполагаемого начала менструации. Нельзя брать мазки в течение 24 ч после полового сношения, спринцевания, введения во влагалище медикаментов, свечей, кремов, в т. ч. кремов для выполнения ультразвукового исследования. По нашим данным, для получения полноценного эффективного материала желателен комбинированный забор материала – отдельно из влагалищной порции шейки матки и цервикального канала.

Приготовление и фиксация мазка, маркировка, доставка в лабораторию

Полученный материал наносится равномерно тонким слоем на предметное стекло, занимая 2/3 поверхности, 1/3 стекла оставляют для маркировки, затем мазок высушивается на воздухе до полного высыхания.

Стекла и направления, поступающие в лабораторию, обязательно должны быть промаркированы. Мазки доставляются в лабораторию в специальных контейнерах.

Оформление бланков направлений

В направлении должны быть указаны: номер ЛПУ, фамилия, имя, отчество, возраст пациентки, данные о менструальном цикле (день цикла или дата начала), постменопауза, беременность, код профессии или код предполагаемого диагноза, дата получения материала, место взятия мазка (из экзо- и эндоцервикса и др.), фамилия, имя, отчество специалиста, направляющего материал.

Окраска и просмотр препаратов

Доставленные в лабораторию нативные препараты повторно маркируются, фиксируются краской-фиксатором Май-Грюнвальда (3-5 мин), а затем окрашиваются раствором азур-эозина (25-30 мин).

В начале работы с препаратами оценивается адекватность полученного материала. В ЦЦЛ осуществляется двухступенчатый просмотр препаратов. Материал, полученный для скринингового исследования, просматривается фельдшером-лаборантом. При обнаружении атипических клеточных изменений в препаратах дальнейшее исследование проводится врачом-цитологом.

Произведен анализ эффективности диагностики опухолевых, предопухолевых и фоновых поражений шейки матки у женщин 35-69 лет, без визуальных изменений, за период 2007-2009 гг. Было обследовано 307 590 клинически здоровых женщин.

Особое внимание уделялось полноценности полученного материала (адекватность мазка). Диагностическая точность цитологического исследования материала шейки матки во многом определяется качеством полученного материала (фактически клеточным составом мазка). Материал является адекватным для исследования, если в мазках имеются клетки эндоцервикального, плоского и метаплазированного эпителия с небольшим количеством элементов крови, т.е. материал должен быть получен из зоны трансформации – участка, где наиболее часто возникает опухоль. Наоборот, отсутствие эндоцервикальных клеток, большое количество элементов крови и элементов воспаления свидетельствует о малой информативности мазка – материал является недостаточно адекватным. Неадекватный материал представлен мазками с очень скудным числом клеток, большим количеством элементов крови, наличием артефактов, слишком тонкими или толстыми мазками, по которым невозможно правильно оценить цитологическую картину.

Результаты исследований представлены в таблице, основу которой составила утвержденная форма отчета по скринингу. В таблице учтена цитологическая классификация опухолей и неопухолевых поражений шейки матки ВОЗ (1973 г.).

За отчетный период количество обследованных женщин практически не изменилось. Среди обследованных здоровыми признано 254 969 женщин (82%).

РШМ редко возникает на фоне неизмененного эпителия. До 94% случаев опухоли предшествуют различные патологические изменения шеечного эпителия (фоновые заболевания). Под этим термином объединяют различные по этиологии и морфологической картине процессы, которые служат фоном для развития дисплазии эпителия и РШМ. По данным литературы, фоновые поражения составляют 10-15% в структуре гинекологических заболеваний женщин репродуктивного возраста.

Таблица 1

Выявленные заболевания за период 2007-2009 гг.

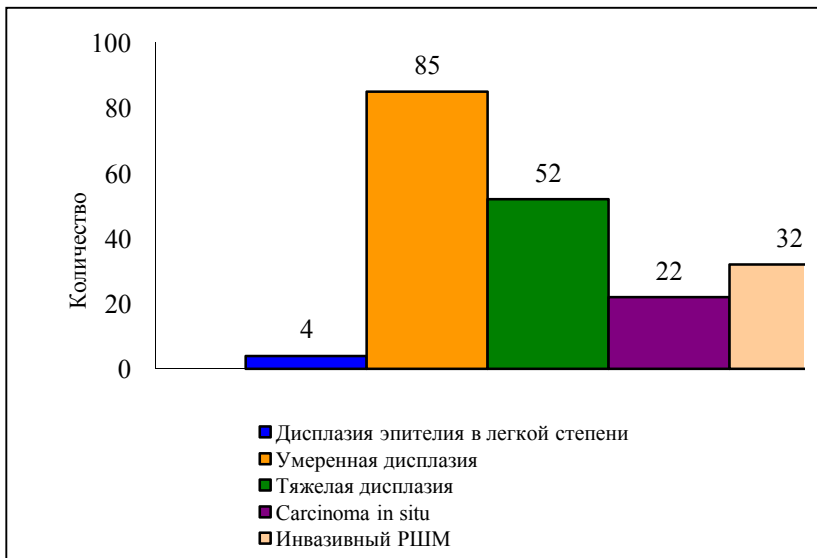
Год	Всего осмот-рено	ЦБО	%	Всего	%	Рак	По-дозр. на рак	Дисплазия			Фоно-вые заб.	Дру-гие заб.	Неин-форм. м-л
								I	II	III			
2007	93 296	77 654	83	11 385	17	8	4	1	13	7	49	11 303	4 257
2008	115 292	93 557	81	16 318	19	18	5	1	17	19	129	16 129	5 417
2009	99 002	83 758	84	11 480	16	6	2	2	55	26	147	11 242	3 764
Всего	307 590	254 969	82	39 183	17	32	11	4	85	52	325	38 674	13 438

В проведенных исследованиях неопухолевые (фоновые) заболевания шейки матки диагностированы в 325 случаях и представлены эктопией цервикального эпителия, гиперкератозом многослойного плоского эпителия, атипической железистой гиперплазией эндоцервикального эпителия и хроническим цервицитом.

В графу «Другие заболевания» включены описательные цитологические заключения – 38 674 случая. Гинекологи и акушерки смотровых кабинетов вынуждены получать материал на исследование при первичном посещении женщин, которые не всегда приходят в рекомендуемые сроки. В таких случаях выявленные изменения эпителия могут быть обусловлены как функциональными, так и дисгормональными причинами. В этих случаях цитолог дает описательное заключение и рекомендует повторить исследование.

Диагностика предопухолевых состояний шейки матки имеет важное значение для профилактики злокачественных новообразований. Цитологу важно диагностировать дисплазию эпителия легкой, умеренной и тяжелой степеней.

В отчетном периоде дисплазия эпителия шейки матки легкой степени распознана в 4 случаях, умеренная дисплазия – в 85 случаях, тяжелая дисплазия – в 52 случаях, carcinoma in situ – у 28 женщин, а инвазивный РШМ выявлен у 32 больных.



Приведенные показатели заболеваемости соответствуют средним показателям по России.

У больных с дисплазией эпителия риск возникновения преинвазивного РШМ в 20 раз выше, чем во всей популяции, а инвазивные формы РШМ выявляются в 10 раз чаще. По данным ВОЗ переход выраженной дисплазии эпителия в *carcinoma in situ* длится от 3 до 8 лет, еще 10 – 15 лет проходит до развития микроинвазивного рака. В настоящее время увеличилась частота быстро прогрессирующего РШМ с латентной фазой менее 12 месяцев.

Постоянный анализ работы цитологической диагностики помогает совершенствовать и своевременно вносить коррективы в диагностическую практику. С целью получения качественных и достоверных данных цитологического исследования необходимы четкое соблюдение правил взятия, приготовления и транспортирования мазков, сопоставление полученных результатов с результатом гистологического исследования.

Литература

1. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции) / Под ред. проф. В.Н. Прилепской. 3-е изд. – М.: МЕДпресс, 2003. С. 432.
2. Новикова Е.Г., Диагностика предраковых заболеваний и начальных форм рака шейки матки. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. С. 151 – 158.
3. Полонская Н. Ю., Юрасова И. В., Егорова О. В. Профилактические осмотры и цитологический скрининг шейки матки. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. С. 36-39.
4. Шувалова И. В. Цитологические исследования при профилактических гинекологических осмотрах (обзор литературы практикующим врачом). – М.: Новости клинической цитологии России, 2002, Т.6. № 3-4. С. 17-21.

ИССЛЕДОВАНИЕ Д-ДИМЕРА У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Ежова Е.Н.

ГУЗ «Гамбовский областной онкологический диспансер»

Высокая частота тромбозов у онкологических больных давно привлекает внимание клиницистов. Течение онкологических заболеваний на различных этапах может осложняться развитием диссеминированной внутрисосудистой свертываемости крови (преимущественно в стадии гиперкоагуляции). Как у оперированных, так и у неоперированных больных, получающих химиотерапию, относительно часто

возникают венозные тромбозы. Этому могут способствовать сдавление сосудов опухолью, инфекции, длительное наличие катетера в центральной вене, трансфузии крови и ее компонентов, токсическое действие продуктов секреции опухолевой ткани и ее распада, а также лекарственных препаратов, особенно цитостатиков. Тромбоэмболические осложнения являются 2-й по частоте причиной смерти у онкологических больных, и ранняя диагностика тромбозов у них является весьма актуальной проблемой.

Активация фибринолиза при тромбогенезе сопровождается накоплением в кровотоке продуктов деградации фибрина, фибриногена и других белков. Наиболее значимым среди них считается D-димер, образующийся при распаде поперечно-сшитых молекул фибрина и свидетельствующий об интенсивности тромбообразования. Проведенные в 2009 г. в клинико-диагностической лаборатории онкологического диспансера исследования уровня D-димера (91 биопроба от 45 больных) позволили оценить информативность теста и выявить его некоторые дополнительные возможности. Исследование проводили с использованием тест-систем фирмы "Roshe"; одновременно определяли растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК) (Технология-Стандарт", Барнаул). Результаты представлены в таблице 1.

Как следует из таблицы, у всех больных наблюдалось гиперкоагуляционное состояние с гиперфибриногенемией, увеличением содержания РФМК в 2,4-3,1 раза и D-димера – в 2,3 – 7,4 раза. Особый интерес представляло соотношение D-димер/ РФМК, поскольку в литературе указано на их тесную взаимосвязь. По нашим данным, степень повышения уровня D-димера при опухолевых процессах разной локализации в 1,1-2,8 раза превышала таковую РФМК, а корреляционная связь между этими параметрами была слабой ($r = 0,06-0,34$). Наиболее высокий уровень D-димера и наибольшая диссоциация между ним и РФМК наблюдались при раке тела матки.

Нами также прослежена динамика уровня D-димера у ряда больных в ходе лечения гепарином. Лабораторный мониторинг является важной оценкой его эффективности в отношении снижения тромбообразования. полученные данные подтвердили возможность определения D-димера с этой целью: за 1 неделю уровень анализа снижался в 1,5-2,5 раза, что отражало «итоговую» эффективность антитромботической терапии. Тесты с определением уровня РФМК и фибриногена подобными свойствами не обладали.

Таким образом, получены новые данные о клинической значимости теста с определением D-димера в диагностике тромботиче-

ских состояний и мониторинге лечения у онкобольных. Ввиду значительных преимуществ перед РФМК-тестом тест с D-димером целесообразно включить в протоколы обследования пациентов при онкопатологии.

Таблица 1

Результаты определения Д-димера, РФМК и фибриногена у онкологических больных

Локализация процесса	Д-димер, мкг/л (норма<0,4 мкг/л)	РФМК, мг/100 мл (норма<4 мг/100 мл)	Фибриноген, г/л (норма 2-4 г/л)
CR легких (n=2)	1,2 ± 0,5	13,0 ± 3,0	7,4 ± 1,4
CR желудка (n=12)	2,1 ± 1,0	12,3 ± 4,1	7,3 ± 1,6
CR молочной железы (n=15)	1,3 ± 0,7	10,1 ± 3,5	6,2 ± 1,5
Лимфома (n=8)	1,8 ± 1,1	11,9 ± 6,9	5,6 ± 0,9
CR тела матки (n=7)	2,9 ± 1,5	10,6 ± 2,5	6,4 ± 0,7

Литература

1. Панченко Е.П., Кропачева Е.С. Профилактика тромбозов и тромбоэмболий у больных мерцательной аритмией. М., 2007.
2. Обеспечение качества лабораторных исследований. Преаналитический этап. Справочное пособие (Под ред. В.В.Меньшикова). М., 1999.
3. Т.В.Вавилова, Ю.К.Воробьева. Клиническое значение и особенности определения Д-димера у амбулаторных больных. ГОУВПО С-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И.Мечникова. 2009.

ЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ

Камнева Н.А.

ГУЗ «Гамбовский областной онкологический диспансер»

Неходжкинские лимфомы (НХЛ) представляют собой неоднородную группу злокачественных новообразований лимфоидной системы с неясной этиологией.

В настоящее время в мире НХЛ диагностированы у 4,5 млн. человек. Ежегодная смертность от этого заболевания составляет 300 000 чел. За последние 20 лет заболеваемость НХЛ увеличилась на 50 %.

НХЛ составляют около 2,8 % от всех регистрируемых злокачественных опухолей. Смертность от злокачественных лимфом равна 2,3 % от общей онкологической смертности.

В настоящее время злокачественные лимфомы представляют собой серьезную проблему. НХЛ имеют различную гистологическую картину, прогноз, а также реакцию на терапию: клиническое течение их варьируется от медленного до чрезвычайно агрессивного. НХЛ имеют порядка 70 классификаций. В настоящее время для определения распространенности НХЛ используется классификация, предложенная в 1971 году в Апп-Агвоч, которая изначально была разработана для болезни Ходжкина. Она достаточно удобна для практического клинициста. Используется и «Пересмотренная Евро-Американская классификация лимфом» (REAL-классификация, 1994 г.). Основным принципом классификации является деление опухолей на В-клеточные, Т-клеточные и болезнь Ходжкина.

В 2001 г. предложена классификация ВОЗ, в которой были подробно описаны характеристики, особенности каждого подвида лимфом, клиническое течение.

Томас Ходжкин впервые предположил, что лимфоденопатия может быть проявлением первичного заболевания, не связанное с другими патологическими процессами.

В 1865 г. J.Cohnheiga описал случай напоминающий лейкемию и в последующем охарактеризовал это заболевание термином «псевдолейкемия».

В группе «псевдолейкемий» многие авторы относили множество заболеваний, сопровождавшихся увеличением лимфатических узлов. И только R.Virchov в своих работах 1863-1865 г.г. указал, что изменения в лимфоузлах отличались от изменений при лейкозах, в связи с чем были введены понятия «алейкемия», «лимфосаркома». Термин «злокачественная лимфома» впервые ввел в 1871 г. немецкий хирург Th.Billroth, рассматривая эту неоднородную группу по различным клиническим проявлениям и гистологическим особенностям.

Лучевая терапия как медицинская специальность началась с лечения больных злокачественными лимфомами около 100 лет назад в 1901 г., когда профессор William Pusey (США) провел однократные облучения пораженных лимфоузлов у 2-х больных лимфогранулематозом (ЛГМ), после чего лимфоузлы значительно уменьшились. В по-

следующем в 1902 г. американский хирург Nickolas Senn предположил, что ЛГМ будет излечиваться с помощью лучей Рентгена.

В нашей стране пионерами ЛТ злокачественных лимфом стали Д.Ф. Решетило и Д.Е. Голубинин (1903-1904 гг.), которые применили рентгенотерапию при ЛГМ у 4х больных с благоприятным эффектом.

В работе Б.М. Зыкова (1906 г.) подробно изложена методика локального облучения. Ближайшие результаты были настолько благоприятными, что метод нашел широкое применение. Однако со временем все большее число авторов отмечали кратковременность полученного эффекта. Рецидивы заболевания появлялись уже через 3-4 месяца после проведения локальной рентгенотерапии, в результате чего к 1920 г. этот метод при злокачественных лимфомах перестали применять.

Когда были созданы первые рентгеновские аппараты, а это 20-е годы, то интерес к проведению лучевой терапии (ЛТ) лимфом вновь появился. Были предложены различные методики как общего, так и местного облучения. В 1923 г. Sahaul и Lange предложили облучения всего туловища большими полями. Уже в 1927 г. Otesohendorf был предложен метод тотального облучения, т.е. не только клинически определяемых очагов поражения, но и всех субклинических зон. Облучению было подвержено все тело, кроме головы и конечностей. К сожалению, облучение больших участков тела приводило к нежелательным побочным эффектам, что выражалось в появлении тошноты, рвоты, общей слабости, в периферической крови – быстрым снижением уровня лимфоцитов и лейкоцитов. Эффективность этого метода была крайне незначительна, что позволило большинству авторов отказаться от общего облучения.

В 1925 г. было предложено профилактическое облучение непораженных областей небольшими дозами 400-800 R, а затем 1800-5000 R.

Наряду с общим облучением различные авторы пытались применять и местное облучение (Gilbert 1922 г.). В нашей стране также применялись методы локальной рентгенотерапии. (А.Е.Успенский, 1940, Т.Т. Лариоценко, 1945, Ф.Я. Бердюг, 1946 и др.). Метод локальной рентгенотерапии заключался в облучении только увеличенных лимфоузлов и пораженных органов.

С появлением после 1953 г. гамма-терапевтических аппаратов с радионуклидом Кобальт-60 во многих городах, рентгенотерапия была полностью заменена. Эти аппараты дают возможность подводить более высокие дозы на глубоко расположенные лимфатические узлы (Л.Р. Дротас, 1955, О.Ф.Королева, 1963, С.Б. Батруханов и А.С. Смагулов, 1963, Peters, 1958, Kaplan, 1966, и др.). Поиск радикального мето-

да лечения злокачественных лимфом привел к облучению не только видимых, но и не выявленных очагов поражения. В 1962 г. Kaplan установил необходимость облучения пораженных лимфоузлов дозой не менее 3 000 рад. Такое утверждение основывалось на том, что в пораженном лимфоузле после облучения такой дозой при гистологическом исследовании препарата в последующем жизнеспособных элементов не обнаружено. В нашей стране мегавольтная ЛТ злокачественных лимфом по радикальной программе была начата в 1966 г. (А.С. Павлов, Б.А. Анкудинов).

Рядом отечественных авторов была предложена методика проведения лучевого лечения НХЛ. Б.А. Анкудиновым в 1970 г. были определены показания к ЛТ в зависимости от стадии заболевания, а также разработаны различные программы (радикальная, паллиативная, симптоматическая). Автор считает, что больные с I и II стадией НХЛ подлежат мегавольтной ЛТ по радикальной программе. Всем больным, у которых перед лечением устанавливалась III и IV стадия заболевания, было рекомендовано проведение ЛТ по паллиативной программе. Причем ЛТ планировалась в сочетании с лекарственной терапией.

Задачами радикальной программы являются:

- выбор объема облучения,
- дифференцированное облучение пораженных и непораженных участков,
- профилактическое облучение анатомических областей,
- применение фигурных полей облучения для максимального щажения окружающих органов и тканей с использованием свинцовых экранов и блоков.

Были предложены суммарные очаговые дозы (СОД) с учетом темпа опухолевого роста лимфом определенных гистологических вариантов.

Большинство современных авторов в своих работах считают что основными факторами, определяющими современную тактику лечения больных с НХЛ является гистологический вариант опухоли, стадия заболевания, локализация поражения.

Успехи в изучении строения лимфатической системы позволили создать различные морфологические классификации лимфом (ВОЗ, 1976), что и инициировало поиск приемлемых программ лечения.

В работе В.М. Сотникова рассмотрены и изучены различные программы лечения НХЛ в зависимости от морфологического варианта, стадии заболевания. Морфологические программы НХЛ объединены в 3 группы, низкой, средней и высокой степени злокачественности, в

зависимости от того или иного вида НХЛ, а также стадии заболевания (Ann.Arbor,1971). Были разработаны программы лучевого и химиолучевого лечения с определенными СОД и объемами облучения, учитывая морфологический тип опухоли.

Так, при НХЛ, НСЗ (I и II стадия) рекомендовано проведение лучевой терапии в виде самостоятельного метода лечения в СОД – 45-55 Гр.

Высказано предположение о проведении химиотерапии как компонента комплексного лечения в той или иной ситуации, например, при лечении у пациентов с В-симптомами, II стадия; опухоли больших размеров, но к сожалению до конца этот вопрос не изучен.

При НХЛ, НСЗ III стадии лучевая терапия применима как консолидирующая ремиссия с СОД – 40 Гр после ПХТ.

При IV ст. ЛТ применяется в паллиативном варианте, при сдавлении внутренних органов увеличенными лимфоузлами.

Все НХЛ ВСЗ требуют проведения системного лечения (ПХТ) на первом этапе в связи с появлением большого количества рецидивов вне зоны облучения. В объем облучения необходимо включать зоны поражения и смежные лимфоузлы до СОД – 45-40 Гр. При III стадии в объем облучения включаются только зоны поражения, а при IV стадии – остаточные опухоли. В результате наблюдения были получены неплохие результаты, в частности: достоверное уменьшение числа рецидивов, обнаружено увеличение общей выживаемости (ОВ) при некоторых видах НХЛ, ремиссий.

В результате развития иммуноцитохимии появились новые подходы в лечении лимфоидных опухолей. В 1975 г. Kohler и Mulstein разработали технологию получения первого в мире моноклонального антитела Rituximab (Мабтера), и уже в 1980 г. Nadler опубликовал первый опыт в лечении рака. Rituximab – это иммуноглобулин, направленный на CD 20 антиген, выраженный на В-лимфоцитах. Моноклональные антитела играют важную роль в установлении диагноза, мониторинга и лечении болезни. Важным достижением в лечении НХЛ является использование Rituximab в качестве терапии, посредством связывания с определенным антигеном на опухолевых клетках, в результате чего стимулируется иммунный ответ пациента. Антитела также могут тормозить рост опухолевой клетки.

Рассматривается и использование препарата Rituximab с последующим проведением лучевой терапии при НХЛ НСЗ. Препарат обладает небольшой токсичностью, хорошо переносится, что позволяет использовать его у пожилых больных.

Таким образом, лучевое лечение НХЛ остается существенной проблемой. До сегодняшнего времени не определены необходимые объемы облучения, РОД, СОД, последовательность применения ЛТ и ПХТ. Несмотря на большое количество исследований в этой области, есть и неудачи в лечении, связанные, прежде всего, в появлении рецидивов заболевания, генерализации процесса.

Были попытки применения тотального облучения. При использовании таких способов облучения применяется термин «системная лучевая терапия» (СЛТ), предложенный Х.Й.Айхгорном. Исследования в этой области немногочисленны и до конца не изучены. Достаточно оправданным является интенсификация лучевого лечения с помощью применения мультифракционирования дозы радиации (1,2-1,5 Гр дважды в день) с интервалом 4 часа, когда имеет место пик апоптоза.

До сих пор в методиках лучевого лечения используют два встречных передне-задних поля, которые дают в большинстве случаев, особенно при лечении тучных больных, неравномерное распределение дозы в облучаемом объеме.

Необходимо разрабатывать и внедрять новые методики.

Возможно, использование новейшей отечественной и зарубежной радиотерапевтической и диагностической аппаратуры поможет в реализации оптимальных программ облучения и позволит значительно улучшить результаты лечения НХЛ.

В настоящее время это одно из актуальных и перспективных направлений в лучевой терапии.

Литература

1. Анкудинов В.Д. Мегавольтная лучевая терапия злокачественных лимфом. дисс. канд. мед. наук. М., 1970.
2. Дубинин А.В. Лучевое и комплексное лечение больных лимфосаркомой I-III стадии.: дисс. канд. мед. наук.: М., 1984.
3. Сотников В.М. и др. Химиолучевое лечение больных с агрессивными неходжкинскими лимфомами в I-II стадиях заболевания // Терапевтический архив, 1989. С.20-22.
4. Гершанович М.Л., Байсоголов Т.Д. Лечение неходжкинских лимфом.: метод. рекомендации, 1990.
5. Сотников В.М. Лучевая терапия в современных программах лечения неходжкинских лимфом.: дисс. док.мед.наук., М., 1996.
6. Поддубная И.В. Современные подходы к терапии неходжкинских лимфом // Русский медицинский журнал, 2001. Т.9, №22, С.992-998.

7. Белоногов А.В. Лучевая терапия и моноклональные антитела (Мабтера) в лечении В-клеточных неходжкинских лимфом низкой степени злокачественности.: дисс. канд. мед. наук., М., 2003.

8. Мельниченко В.Я. Неходжкинские лимфомы (клинико-лабораторные особенности) – прогностические факторы, лечение.: дисс. док. мед. наук., М., 2003.

9. Ильин Н.В. Лучевая терапия неходжкинских лимфом // Практическая онкология, 2004. Т.5, №3, С.209-213.

10. Поддубная И.В. Неходжкинские лимфомы. Современный взгляд на классификацию и новые стандарты терапии // Эффективная фармакотерапия в онкологии, гематологии и радиологии, 2005. №1, С.4-9.

РОЛЬ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ТОПОМЕТРИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ

Камнева Н.А.

ГУЗ «Гамбовский областной онкологический диспансер»

Основой лучевого лечения онкологических больных является правильное подведение заданной дозы к злокачественному очагу при минимальном облучении окружающих его здоровых органов и тканей. В связи с этим параллельно с методами лучевого лечения и техникой, используемой для облучения, развивалось то направление в рентгенодиагностике, которое позволило определять положение и размеры злокачественного очага при планировании дистанционного или контактного облучения. Это направление выделено в отдельную специальность – топомерию.

Под клинической топометрией понимают определение линейных размеров, площади, объема патологических образований, органов и анатомических структур и описание в количественных терминах их взаимного расположения – синтопии – у конкретного больного (Бальтер С.А., 1986).

Обеспечивает эту работу врач, обладающий знаниями в области рентгенологии, радиологии и владеющий специальными методами исследований.

Задачей топометрии является объединение данных, полученных при диагностике заболевания. Применение современных методов лучевой терапии (ЛТ) требует точности предлучевой топометрической подготовки больных со злокачественными опухолями.

Необходимость уточнения топометрических данных обусловлена тем, что при проведении курса радикального лучевого лечения радиолог должен подвести к опухоли и регионарным лимфатическим путям летальную дозу, сводя к минимуму воздействие на окружающие здоровые органы и ткани.

Это осуществляется различными средствами диагностики: рентгенологические исследования, ультразвуковые, компьютерная томография (КТ). Данные, полученные при выполнении оперативных вмешательств также позволяют определить размеры опухоли, что важно для планирования облучения опухоли или ее ложа.

Лучевое лечение в настоящее время показано 2/3 пациентов, страдающих онкозаболеваниями.

Зачастую основная масса пациентов имеет неоперабельные опухоли и ЛТ является единственным или в сочетании с химиотерапией способом лечения. К таким заболеваниям можно отнести опухоли легких, опухоли рото- и носоглотки.

Лучевое лечение невозможно без проведения соответствующей предлучевой топометрической подготовки, которая проводится разными способами.

Начиная с 30-х годов прошлого столетия и до настоящего времени для определения размеров патологического очага и полей облучения используется рентгеновский метод. Выполняются два обзорных снимка во взаимно перпендикулярных проекциях.

В 60-е годы для предлучевой подготовки больных были созданы рентгеновские аппараты, имитирующие терапевтический пучок излучения, названные симуляторами. Они представляют собой рентгенодиагностический аппарат с трубкой на штативе, который по своим возможностям повторяет ротационные аппараты. С помощью симулятора легко выбрать центр и границы полей облучения.

Рентгеновский КТ – самый современный, точный и достаточно дорогостоящий метод диагностики. Послойное исследование в серии поперечных плоскостей позволяет получить необходимый объем топометрической информации, который может быть реконструирован в любой плоскости сечения тела больного.

Коротко остановимся на преимуществах использования КТ для предлучевой подготовки. К ним относятся высокая точность определения границ опухоли, что не всегда удается сделать на рентгеновском симуляторе. Это в свою очередь позволяет точнее нанести кожные метки на проекцию облучаемого очага, щадя окружающую здоровую ткань. Кроме того, используя КТ в процессе подготовки к ЛТ и после-

дующего наблюдения, позволяет объективно и количественно оценить результаты лучевого лечения (регрессию опухоли) и его нежелательные побочные эффекты (лучевой пневмонит, фиброз). КТ выявляет также ранние признаки распада в опухоли, что делает возможным скорректировать параметры ЛТ во избежание грозных осложнений (например, массивное кровотечение).

Таким образом можно сказать, что использование рентгеновского метода в предлучевой подготовке позволяет в 60-90% случаев внести коррективы в план облучения, способствуя улучшению результатов лучевого лечения, а самое главное, является гарантией качества лучевого лечения.

К сожалению, онкологические диспансеры практически не оснащены топометрической аппаратурой (рентгеновскими симуляторами, компьютерными томографами), фиксирующими устройствами и другой аппаратурой для гарантии качества, нет систем компьютерного сопровождения. По этим причинам лишь малая часть (не более 1/3) нуждающихся больных получает адекватную лучевую терапию, а более 100 тыс. больных ежегодно не получают качественного лечения в полном объеме.

Литература

1. Рудерман А.И., Вайнберг М.Ш., Жолкивер К.И. Ристационная гамма-терапия злокачественных опухолей. – М.: Медицина, 1977.
2. Бальтер С.А. Основы клинической топометрии в онкологии. – М.: Медицина, 1986.
3. Организация радиологической службы. Под ред. Л.П.Симбирцевой. – Л.: Медицина, 1987.
4. Киселева Е.С., Голдобенко Г.В., Канаев С.В. и др. под ред. Киселевой Е.С. Лучевая терапия злокачественных опухолей. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1996.
5. Костылев В.А., Мардынский Ю.С. и др. Анализ и концепция развития отечественной радиационной терапевтической техники.// Медицинская физика. №2, 2005.
6. Ратнер Т.Г., Сахаровская В.Г.. Имобилизация пациента во время лучевой терапии. Теоретические основы и практическое применение. – М.: Весть, 2008.

АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ В ОТНОШЕНИИ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Лебедев В.В., Чернышев А.В.

ГУЗ Тамбовская областная больница,
Медицинский институт Тамбовского государственного университета
имени Г.Р. Державина

Резюме. Представлены результаты изучения медицинской активности сельского населения в отношении урологических заболеваний, влияние обеспеченности кадрами на выявляемость заболеваний мочеполювой сферы и медицинскую активность мужчин и женщин при их возникновении. Отмечен потенциал диспансеризации как метода активного выявления болезней, применимого для сельского населения.

Актуальность. Доля болезней мочеполювой системы, составлявшая в конце 1980-х – начале 1990-х г. 4-5% в общей заболеваемости населения России, увеличилась к концу 1990-х годов до 7-10% и продолжает держаться на этом уровне, отмечая тенденцию к росту.

Помимо известных, подтвержденных многочисленными исследованиями, данных о зависимости заболеваемости урологической патологией от возраста, появились данные о росте регистрации данного класса болезней, не коррелирующего с возрастными факторами. Об этом свидетельствуют данные как отечественных, так и зарубежных авторов. Хорошо это можно проследить на примере хронического простатита. Частота хронического простатита в общей популяции населения составляет от 5 до 8%. По данным Национального института здоровья США, простатит выявлен у 25% мужчин, страдающих урологическими заболеваниями, причем отмечена тенденция к росту патологии в молодом возрасте. Как отмечает А.Р.Гуськов, простатитом болеет каждый третий мужчина в возрасте старше 35 лет. При этом отмечена низкая информированность населения о последствиях этого заболевания, необходимости раннего лечения и постоянного наблюдения. Подобная картина, отражающая рост и «омоложение» урологической патологии, характерна и для хронического цистита, куперита и везикулита, эректильной дисфункции, недержания мочи у женщин.

По данным официальной статистики, заболеваемость хроническим простатитом и доброкачественной гиперплазией предстательной железы в некоторых регионах достигает 2716 случаев на 100 тыс. мужского населения старше 15 лет. Эта патология начинает преобладать уже при достижении мужчинами возраста 20-40 лет. На высоком уровне

не количество осложнений доброкачественной гиперплазии простаты, переходящих в запущенные формы заболеваний, что и поддерживает сложившийся показатель смертности от рака предстательной железы.

В связи с этим особенно важным фактором успешности терапии урологических заболеваний становятся ранняя диагностика болезней, постоянное наблюдение, диспансеризация, вторичная и третичная профилактика, что отмечено многочисленными исследованиями (Асатрян, Гуськов и др.).

Помимо организации специализированной урологической помощи для решения этих проблем необходим высокий уровень заинтересованности человека в получении необходимой медицинской помощи, «настороженности» на выявление ранних симптомов урологической патологии. Все это можно описать понятием «медицинская активность», включающим в себя, согласно Ю. П. Лисицыну, такие параметры, как доступность медицинской помощи, доверие медицинским работникам, информированность о ранних симптомах заболевания, поведение при возникновении болезни, и т. п. Важнейшим элементом медицинской активности считается гигиеническое поведение, слагающееся из отношения к своему здоровью и здоровью других людей, выполнения назначений врача, посещения лечебно-профилактических учреждений. Фундаментальные исследования показали, что от недостатка медицинской активности зависит 50% течения заболевания.

Цель.

1. Изучить некоторые факторы медицинскую активность сельского населения в отношении урологических заболеваний.
2. Выявить факторы, влияющие на медицинскую активность населения в отношении этого класса болезней.
3. Сравнить общий уровень медицинской активности сельского населения и медицинскую активность в отношении урологических заболеваний.

Материал. Исследование проводилось в семи сельских районах Тамбовской области. Все респонденты проживали в сельских населенных пунктах или городах (поселках) с населением не более 15 тыс. человек. Величина выборочной совокупности – 292 человека, из них 120 мужчин и 172 женщины в возрасте от 31 до 66 лет. Так же изучались данные дополнительной диспансеризации в рамках НП «Здоровье» за 2006-2007 годы по официальным отчетам Управления здравоохранения Тамбовской области и Управления Росздравнадзора по Тамбовской области.

Методы исследования. Основным методом проведения исследования был опрос методом раздаточного анкетирования по составлен-

ной нами анкете (30 вопросов), отражающей половозрастные данные, сведения о самооценке доходов, образовании, наличии жалоб на мочеполовую систему, медицинской активности.

Полученные результаты и их обсуждение.

Диспансеризация – метод активного наблюдения заболеваний, что позволяет выявлять «скрытую» патологию, с которой лица, ее имеющие, не обращались в медицинские учреждения. Анализ данных дополнительной диспансеризации работающего населения в рамках национального проекта «Здоровье» позволяет сделать выводы о недостаточной доступности для сельского населения урологической помощи, что влияет на степень и формы медицинской активности. Так, в рамках дополнительной диспансеризации в 2006 году в Тамбовской области урологом было осмотрено 30543 человека. Выявлено 8641 человек, имеющих урологическую патологию, что составляет 28% от осматриваемого контингента. Из них 42 человека имели запущенное состояние заболевания (0,5% от осматриваемых), и требовали госпитализации и стационарного лечения.

На доступность урологической специализированной помощи и, как следствие, медицинскую активность существенно влияет наличие специалиста в ЦРБ. Данные по обследованным районам Тамбовской области приведены в таблице 1 (по состоянию на январь 2009). В среднем, в обследованных районах один врач-уролог приходится более чем на 46 тыс. населения. Обеспеченность на 10000 населения составляет 0,2 специалиста.

Таблица 1

Численность врачей-урологов в некоторых районах Тамбовской области

Район	Население, тыс. чел	Число врачей- урологов в ЦРБ
Бондарский	14,0	0
Гавриловский	13,3	0
Жердевский	32,0	0
Мичуринский	34,4	1
Сампурский	15,3	1
Староурьевский	16,6	1
Тамбовский	105,7	2
Всего в обследованных районах	231,3	5

При изучении жалоб на мочеполовую сферу отмечено, что типичные для урологических заболеваний симптомы (жжение при мочеиспускании, учащение мочеиспускания, недержание мочи, нарушение эрекции у мужчин) и т. п. испытывали в обследованном контингенте хотя бы раз в жизни 11 % мужчин и 17% женщин в возрасте от 31 до 40 лет, 14% мужчин и 19% женщин в возрасте от 41 до 50 лет, 23% мужчин и 22% женщин от 51 до 60 лет. При этом далеко не все сразу обратились к врачу или фельдшеру при появлении подобных симптомов.

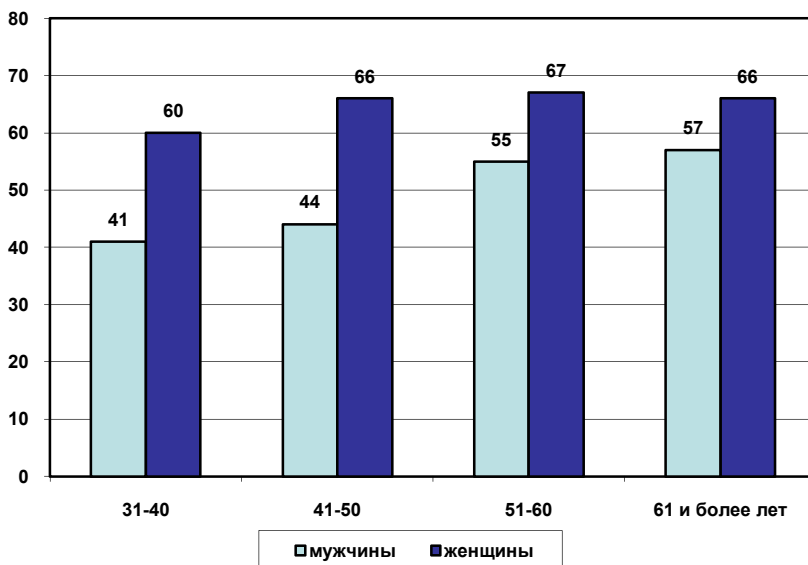


Рис. 1. Обращаемость сельского населения к медицинскому работнику при впервые возникших симптомах заболеваний мочеполовой сферы в зависимости от возраста и пола, % от общего числа лиц с жалобами

Данные, представленные на рис. 1, демонстрируют рост обращаемости мужчин при росте числа жалоб с возрастом, обращаемость за медицинской помощью при подобных жалобах у женщин выше и с возрастом меняется не так значительно.

Среди мужчин можно отметить более низкую медицинскую активность в отношении жалоб на мочеполовую сферу в сравнении с симптомами бронхолегочной системы и опорно-двигательного аппарата. Такая же тенденция к низкой обращаемости есть и при неэффек-

тивности самолечения. Это говорит об отсутствии настороженности мужского населения в отношении заболеваний мочеполовой сферы, низком уровне санитарного просвещения (рис. 2). Именно в этом можно усмотреть резерв в профилактике хронизации заболеваний и возникновении запущенных форм.

В среднем же, правильная медицинская активность (обращение к медицинскому работнику) при первичных симптомах характерна для 60% сельского населения. Исследование выявило значительную разницу – на 19% – в обращаемости для районов, где есть специалист-уролог и районов, где такового нет, хотя с первичными жалобами можно обратиться и к участковому врачу или фельдшеру. Среди других форм лечения в сельской местности преобладает лечение народными средствами – 16%, которое включает прием самостоятельно приготовленных отваров трав (до 80%), а так же горячие ножные ванны, грелки, бани-сауны, домашние настои и мази. Порядка 14% населения при урологической патологии регулярно лечится медикаментами по советам знакомых, имевших сходное заболевание, без учета его специфики, индивидуальных особенностей организма, стадии заболевания, возраста или исходя из рекламы – 4% (рис. 3).

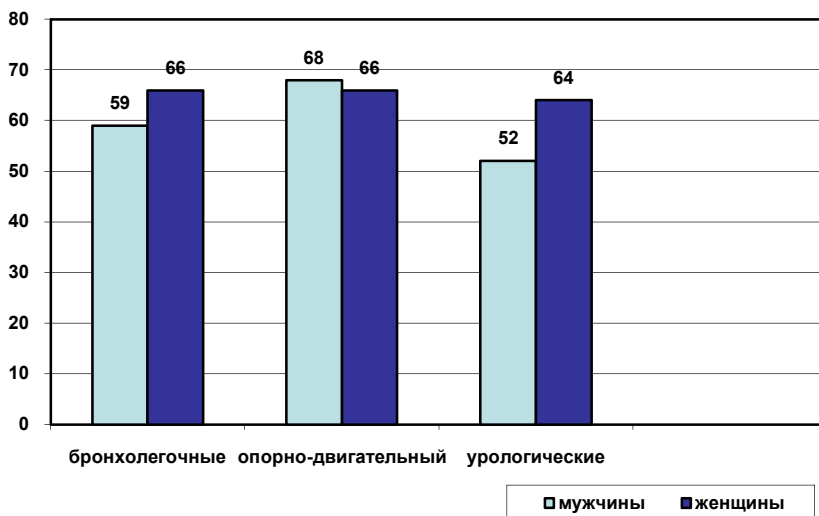


Рис. 2. Обращаемость мужского и женского сельского населения к медицинским работникам при впервые возникших жалобах для разных классов заболеваний, % от общего числа лиц с жалобами



Рис. 3. Методы лечения, применяемые жителями сельских территорий Тамбовской области при возникновении жалоб на мочеполовую систему

Первичное звено – та служба, куда наиболее часто обращаются сельские жители при возникновении подобных жалоб как первично, так и в случае хронической патологии (59% случаев). 39% лечились у специалиста-уролога, как в своей ЦРБ, так и у других специалистов.

Большую проблему составляет регулярность наблюдения у специалиста при возникновении хронического заболевания. Из всех опрошенных имели установленное ранее хроническое урологическое заболевание 132 человека, и, несмотря на то, что они состояли на диспансерном учете, только 35% регулярно проходили диспансерное наблюдение, получали профилактическое лечение и знали о факторах, вызывающих обострение своего заболевания.

Выводы.

1. Полученные данные позволяют сделать вывод о низкой доступности урологической помощи в сельской местности, особенно в районах, где в центральных районных больницах нет специалиста-уролога. В трех из семи обследованных районов не ведется урологический прием на постоянной основе. Обеспеченность врачом-урологом в обследованных районах в среднем составляет 0, 2.

2. Наличие уролога в ЦРБ существенно влияет на медицинскую активность сельского населения, улучшает информированность о ранних симптомах заболеваний мочеполовой сферы.

3. В рамках дополнительной диспансеризации выявлено большое количество урологических заболеваний (до 28% от всех осмотренных) у лиц, проживающих в сельской местности. Это подтверждает

эффективность данного мероприятия для сельского населения при выявлении скрытой патологии.

4. При возникновении жалоб большая часть населения – 60% обращается к медицинскому работнику, при недостатке врачей-специалистов основную нагрузку несет первичное звено здравоохранения – участковые врачи и фельдшеры ФАПов.

5. Среди тех, кто не получил назначений медработника, большинство лечится медикаментами по совету знакомых, имевших подобные симптомы или заболевания и/или домашними средствами.

Литература

1. Anderson Rodney U. Commentary on the Mechanisms in Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome /Rodney U. Anderson // The Journal of Urology.-2008.-Volume 179, Issue 5.

2. Асатрян К.С. Научное обоснование организации урологической помощи сельскому населению в современных условиях / К.С. Асатрян // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – СПб., 2007.

3. Чернышев А.В. Контроль качества медицинской помощи в медицинской организации. Теория и практика /А. В. Чернышев, И. И. Солнцева // Москва-Тамбов-Саратов. – 2008.

4. Гуськов А.Р. Истоки хронического простатита М.: "Медика", 2008.

5. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник./ Ю. П. Лисицын. – М.: 2009.

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО

Миронов О.В., Топоркова О.В., Тищенко А.В.

ГУЗ «Тамбовский областной онкологический диспансер»

Актуальность данной проблемы состоит в том, что к подавляющему количеству случаев диагностики НМРЛ (около 70%) относятся пациенты с III В-IV стадией заболевания, когда основным методом лечения является лекарственное лечение. Учитывая, что в структуре заболеваемости мужского населения России рак легкого занимает первое место и проведение химиотерапии улучшает выживаемость с 4-6 мес. до 8-10 мес., актуальность данной проблемы становится очевидной.

В отделении химиотерапии Тамбовского областного онкодиспансера за 2008-2009 г. пролечено 144 пациента с НМРЛ, подавляющее большинство которых в момент диагностики имело III В-IV стадию и небольшое число пациентов со II стадией, имеющие выраженную сопутствующую патологию, препятствующую оперативному лечению.

Основными комбинациями препаратов, используемых в 1 линии терапии были следующие двухкомпонентные схемы:

- цисплатин + этопозид,
- цисплатин + паклитаксел,
- цисплатин + гемцитабин,
- цисплатин + винорельбин,
- цисплатин + доцетаксел,
- карбоплатин + паклитаксел.

Однако, положительный эффект на химиотерапию не превышает 35%. При применении двухкомпонентных химиотерапевтических схем во 2-ю линию химиотерапии частота ответа достигала 15.7%. К тому же такое лечение сопровождалось выраженными побочными явлениями: повышалась частота нейтропении, снижались показатели эритроцитов, гемоглобина, несмотря на активную терапию эритропоэтинами. Отмечалось также усиление таких симптомов как: тошнота, рвота, слабость, снижение аппетита, что приводило к значительному снижению качества жизни пациента при относительно невысоких показателях результатов лечения. Попытки проведения химиотерапевтических схем в 3-ю и 4-ю линии показали бесперспективность таких подходов.

Значительное улучшение ситуации возникло при появлении таргетных препаратов (гефитиниб, эрлотиниб), более широкое применение которых в ГУЗ «ТООД» началось с 2008г. При хорошей переносимости препараты показали свою достаточную эффективность, что, при параллельном применении симптоматической терапии, значительно улучшило качество жизни пациентов. Около 7 пациентов начали получать терапию ирессой в качестве 1-й линии лечения. В основном в эту группу входили пациенты с выраженной сопутствующей патологией, либо с выраженным истощением, вследствие распространенности заболевания. Длительное применение ирессы в качестве 1-й линии терапии также показало хорошую переносимость препарата, улучшение качества жизни пациента, явное удлинение времени до прогрессирования.

Отдельно следует отметить, что при применении наилучшей симптоматической терапии, имея в своем распоряжении полноценный арсенал симптоматических средств, отмечалось не только значитель-

ное улучшение качества жизни пациента, но и улучшение результатов лечения. Так как при хорошем самочувствии больного, нормальных показателях крови, курсы терапии проводились в полноценных дозах, без удлинения интервала между курсами. Пациенты, не получающие наилучшую симптоматическую терапию, вынуждены иногда удлинять интервал между курсами для коррекции показателей крови, либо приходится снижать дозы препаратов, либо пациенты сами не приходят для проведения лечения вовремя из-за плохого самочувствия. Все это, естественно, отрицательно сказывается на результатах лечения.

Выводы. В целом показатели лечения НМРЛ в ГУЗ «ТООД», учитывая современный уровень развития лекарственной терапии, удовлетворительные.

При первой линии терапии целесообразно использовать двухкомпонентные схемы. Таргетные препараты перспективнее во 2-ю линию терапии или в 1-ю линию при наличии истощения или выраженной сопутствующей патологии у больного. В любом случае специфическую терапию необходимо сочетать с наилучшим симптоматическим лечением.

ЛЕЧЕНИЕ ФЕБРИЛЬНОЙ НЕЙТРОПЕНИИ

Миронов О.В., Топоркова О.В., Тищенко А.В.

ГУЗ «Гамбовский областной онкологический диспансер»

Одним из наиболее важных факторов, предрасполагающих к развитию инфекционных осложнений у онкологических больных, является нейтропения, возникающая чаще всего как следствие химиотерапии и облучения. Нейтрофилы являются критическим компонентом естественной защиты организма против различных форм инфекции. Снижение их содержания приводит к тому, что бактериальные и грибковые возбудители, проникающие через кожу и слизистые, получают возможность беспрепятственно размножаться и вызывать быстротекущий сепсис. При отсутствии эффективного лечения летальный исход практически неизбежен. Таким образом, степень и длительность нейтропении определяет количество инфекционных осложнений и их тяжесть. Клинически это было подтверждено в исследовании J.P. Vodey, показавшим, что при уменьшении содержания нейтрофилов в крови ниже $0,5 \times 10^9/\text{л}$ риск инфекционных осложнений возрастает вдвое. Последние десятилетия отмечены значительными успехами

в лечебных подходах к больным с нейтропенической инфекцией. Использование современных схем антибиотикотерапии позволило более чем в 10 раз сократить смертность от этого опасного осложнения. В то же время сохраняются проблемы, связанные с развитием резистентности микроорганизмов, а также с распространением возбудителей, более устойчивых к современным противoinфекционным препаратам.

Если в начале 1960-х годов у больных с нейтропенией преобладали грамотрицательные бактериальные возбудители (кишечная палочка, клебсиела и синегнойная палочка), то в 1980-е годы на первые роли среди возбудителей инфекции у данной группы пациентов выходят грамположительные патогены. Многие авторы объясняют это частым использованием внутривенных катетеров, профилактическим применением фторхинолонов и широким использованием противоопухолевых препаратов, вызывающих мукозиты (антрациклины, цитозар). В то же время представительство грамотрицательных возбудителей, особенно синегнойной палочки, сохраняется существенным. Лечебные подходы к пациентам с инфекцией и нейтропенией за последние годы претерпели значительные изменения на основании использования эмпирической антимикробной терапии препаратами широкого спектра действия, по возможности, наиболее рано. Лихорадка у пациентов с нейтропенией часто бывает единственным признаком инфекции и является достаточным основанием для начала системной антибиотикотерапии. Развитие фебрильной нейтропении является основанием для проведения диагностических процедур (тщательного осмотра больного, бактериологического исследования крови и всех потенциальных очагов инфекции, рентгеновского обследования грудной клетки и, при показаниях, УЗИ брюшной полости) и немедленного начала эмпирической антибиотикотерапии. Такая терапия должна быть направлена против грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов (включая синегнойную палочку), иметь быструю бактерицидную активность и низкую токсичность. Выбор терапии должен также учитывать чувствительность частых госпитальных возбудителей в данном отделении и быть приемлемым по стоимости.

Комбинированная терапия

Использование комбинаций антибиотиков при эмпирической терапии тяжелой инфекции позволяет расширить спектр активности и теоретически снижает риск развития резистентности бактериальных возбудителей. Статистически значимо преимущество комбинирования – лактама и аминогликозида при лечении грамотрицательной бактериемии]. Аминогликозид, помимо усиления действия – лактама, помогает кон-

тролировать инфекцию при резистентности к последнему. Однако использование аминогликозидсодержащих комбинаций увеличивает риск нефротоксичности. Преимущество таких комбинаций показано только при грамотрицательной бактериемии, возникающей чаще у пациентов с длительной нейтропенией.

Использование одного антибиотика с достаточно широким спектром активности у больных с нейтропенической инфекцией могло бы снизить токсичность и уменьшить затраты на лечение. Появление в клинической практике таких активных антибиотиков, как цефтазидим (Фортум, Тазицеф), цефепим (Максипим), имипенем (Тиенам), меропенем (Меронем), пиперациллин/тазобактам (Тазоцин), открыло новые возможности терапии.

Сравнимая действенность монотерапии и комбинации антибиотиков при лечении ФН может объясняться повышением этиологической значимости грамположительной флоры, составлявшей в последние годы основную долю всех выделенных патогенов. В основном это были стафилококки. Стафилококковые инфекции отличаются менее тяжелым и опасным для жизни течением. В отличие от них инфекция, вызываемая стрептококками, может протекать молниеносно и быть жизненно опасной при отсутствии эффективного лечения. В стационарах с высоким риском стрептококковой инфекции целесообразно назначение препаратов, наиболее активных в отношении этого возбудителя.

Подобная схема не всегда применима к подгруппе пациентов с глубокой длительной нейтропенией. У части из этих пациентов монотерапия может быть эффективна, однако ввиду высокой опасности грамотрицательной инфекции, комбинированную терапию целесообразно назначать уже на первом этапе лечения.

Модифицирование первоначальной схемы противoinфекционной терапии

От 30 до 70% пациентов не отвечают на первоначальную схему антибактериального лечения даже при использовании самых эффективных режимов комбинированной терапии или монотерапии. Чаще всего это обусловлено присутствием метициллинрезистентных штаммов стафилококков, обладающих устойчивостью к большинству – лактамов и аминогликозидов. При отсутствии результатов бактериологического исследования к проводимой терапии добавляют гликопептиды (ванкомицин или тейкопланин), обладающие высокой активностью в отношении полирезистентной грамположительной флоры. Обычно их не включают в начальную терапию по двум причинам: во-первых, контролируемое исследование EORTC показало, что от-

срока назначения ванкомицина до оценки эффективности первой схемы терапии не ухудшает общие результаты лечения, но снижает потребность в его назначении в 2 раза, а во-вторых, гликопептиды обладают нефротоксичностью и увеличивают риск грибковой суперинфекции.

В то же время в стационарах с преобладанием метициллинрезистентных стафилококков, а также при клинических предпосылках грамположительной инфекции (инфицирование катетера или наружных кожных покровов) и тяжелом состоянии больного гликопептиды могут применяться в качестве компонента комбинации первой линии лечения.

Второй наиболее частой причиной неэффективности первоначальной схемы лечения фебрильной нейтропении является грибковая инфекция. Среди ее основных возбудителей превалируют грибы рода кандиды и аспергиллус. Одной из главных проблем в лечении грибковой инфекции является трудность ее диагностики. В связи с этим принято назначать противогрибковые средства пациентам, лихорадящим в течение 3-4 дней на фоне антибиотикотерапии. В течение долгих лет благодаря широкому спектру активности, включающему основные возбудители грибковой инфекции, и фунгицидному действию основным препаратом для лечения грибковой инфекции был амфотерицин В (Фунгизон).

Токсичность амфотерицина В существенна, и в последние годы для эмпирического лечения фебрильной нейтропении предлагается использовать противогрибковые препараты, относящиеся к группе триазолов (флуконазол и итраконазол), которые обладают лучшей переносимостью. Существуют данные, что при хроническом диссеминированном кандидозе использование флуконазола более эффективно, чем амфотерицина В. Недостатком эмпирического использования флуконазола является отсутствие эффекта в отношении аспергилл.

Миелоцитокины

Гранулоцитарный (Г–КСФ – Нейпоген, Граноцит) и гранулоцитарно–макрофагальный колониестимулирующие факторы (ГМ–КСФ – Лейкин, Лейкомакс) способны ускорять пролиферацию клеток костного мозга, поврежденных цитостатиками, и вызывать более быстрый рост числа лейкоцитов в периферической крови. Учитывая тот факт, что критическим фактором достижения успеха при лечении резистентных (особенно грибковых) инфекций у больных с нейтропенией является восстановление числа гранулоцитов, использование этих препаратов совместно с антибиотиками может оказаться перспективным.

Существует положительный опыт применения миелоцитокинов совместно с антибиотиками у больных с уже развившейся инфекцией

при нейтропении. Проведенные контролируемые исследования показали, что при значительном снижении содержания нейтрофилов (менее $0,1 \times 10^9/\text{л}$) назначение Г–КСФ (Нейпогена) почти вдвое сокращает продолжительность нейтропении, госпитализации и антибиотикотерапии. Потребность в проведении противогрибковой терапии также снижается в 2 раза. Последний факт достаточно важен, если принять во внимание токсичность некоторых противогрибковых препаратов. Применение ГМ–КСФ в аналогичной ситуации совместно с антибиотиками показало значительно лучший эффект антибиотикотерапии в группе цитокина при лечении тканевой верифицированной инфекции (100% эффективности против 59% в группе плацебо).

ОПУХОЛЕВЫЕ ПЛЕВРИТЫ (ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)

Миронов О.В., Топоркова О.В., Тищенко А.В.
ГУЗ «Гамбовский областной онкологический диспансер»

Патологические процессы в плевре и плевральной полости, в том числе плеврит, носят обычно вторичный характер, чаще всего – это осложнения заболеваний легких, травм грудной клетки, заболеваний органов средостения и брюшной полости. При этом нередко симптоматика плеврального выпота является ведущей в клинической картине заболевания.

История учения о плевритах имеет многовековую давность. В XVIII в. некоторые клиницисты пытались выделить плевриты в самостоятельную нозологическую форму. В течение десятилетий велось изучение этиологии, патогенеза плевритов и наиболее целесообразных методов их лечения. Выпот в плевральной полости не должен считаться самостоятельной болезнью, так как он является лишь своеобразным проявлением различных общих заболеваний: опухолей, пневмонии, аллергических состояний, туберкулеза, сифилиса, сердечной недостаточности и т.д. (табл. 1). Скопление жидкости в полости плевры, обусловленное сердечной недостаточностью и пневмониями, встречается в 2 раза чаще, чем при злокачественных опухолях [4].

Механизм образования плеврального выпота при злокачественных новообразованиях:

Прямое влияние опухоли

1. Метастазы в плевру (увеличение проницаемости капилляров плевры)

2. Метастазы в плевру (обструкция лимфатических узлов)
 3. Поражение лимфатических узлов средостения (снижение лимфатического оттока из плевры).
 4. Обтурация грудного протока (хилоторакс).
 5. Обтурация бронха (снижение внутриплеврального давления).
 6. Опухолевый перикардит.
- Опосредованное влияние опухоли
1. Гипопротеинемия.
 2. Опухолевые пневмонии.
 3. Эмболия сосудов легких.
 4. Состояние после лучевой терапии.

Плевральный выпот может быть транссудатом и экссудатом. Причиной образования трансудата обычно является застойная сердечная недостаточность, в основном у больных с левожелудочковой недостаточностью и перикардитом. При скоплении трансудата (гидротораксе) листки плевры не вовлечены в первичный патологический процесс.

Гидроторакс наблюдается в тех случаях, когда изменяется системное или легочное капиллярное или онкотическое давление плазмы (левожелудочковая недостаточность, цирроз печени).

Плеврит (скопление экссудата в полости плевры) наиболее часто образуется у больных злокачественными новообразованиями. Наиболее распространенной причиной экссудативного плеврита является метастазирование в плевру и лимфатические узлы средостения. Плевральный выпот при опухолях имеет сложное происхождение: накопление жидкости обусловлено увеличением проницаемости капилляров вследствие их воспаления или разрыва эндотелия, а также ухудшением лимфатического дренажа из-за обструкции лимфатических путей опухолью и прорастания опухоли в плевру. Накоплению выпота у онкологических больных могут способствовать нарушение питания и снижение содержания белка в сыворотке крови [1-4].

Опухолевый (метастатический) плеврит является частым осложнением при раке легкого, молочной железы, яичников, а также при лимфомах и лейкозах. Так, при раке легкого он встречается у 24-50% больных, молочной железы – до 48%, при лимфомах – до 26%, а раке яичников – до 10%. При других злокачественных опухолях опухолевый плеврит выявляется у 1-6% пациентов (рак желудка, толстой кишки, поджелудочной железы, саркомы, меланомы и др.). Наиболее частой причиной экссудативных плевритов является метастазирование в плевру и лимфатические узлы средостения. Плеврит, как правило,

свидетельствует о далеко зашедшем опухолевом процессе и является следствием опухолевых выпячиваний по плевре.

Диагностика

Цитологическое исследование плевральной жидкости на опухолевые клетки (содержание эритроцитов более 1 млн/мм³) является важным методом диагностики. Получение при плевральной пункции геморагического экссудата с высокой степенью вероятности свидетельствует об опухолевой этиологии выпота. Частота обнаружения опухолевых клеток при этом достигает 80-70%. На основании цитологического исследования плевральной жидкости часто удается определить морфологический тип первичной опухоли.

Таблица 1

Частота выпотов различной этиологии (Р. Лайт, 1986) [1]

Заболевания	Частота выпотов, %
Сердечная недостаточность	37
Бактериальные и вирусные инфекции	30
Злокачественные опухоли	15
Эмболии легочной артерии	11
Заболевания желудочно-кишечного тракта (цирроз печени, панкреатит, поддиафрагмальный абсцесс и др.)	6
Мезотелиома	0,5
Сосудистые коллагенозы	0,3
Туберкулез	0,2

Накопление жидкости в плевральной полости приводит к сдавлению легкого, смещению средостения, что в свою очередь вызывает усиление одышки, нарушение дыхательной и сердечной деятельности. Часто плеврит, являясь единственным проявлением опухолевого процесса, может быть причиной смерти больного.

Лечение

Лечение больных с выпотом в плевральную полость заключается прежде всего в эвакуации жидкости, внутриплевральном введении лекарственных препаратов с целью прекращения накопления жидкости в плевральной полости и рассасывания экссудата. Это приводит к улучшению состояния больного, уменьшению одышки, болей, легочно-сердечной недостаточности и тем самым к удлинению жизни.

Перед решением вопроса о введении внутриплеврально тех или иных лекарственных препаратов необходимо уточнить локализацию первичного процесса, так как при раке молочной железы, яичников,

мелкоклеточном раке легкого, лимфомах проведение системной химиотерапии может привести к ликвидации плеврального выпота у 30-60% пациентов.

Таблица 2

Препараты, используемые для плевродеза (сводные данные)

Класс	Препарат	Дозы
Цитостатики	1. Эмбихин	10-30 мг
	2. Тиофосфамид	30-50 мг
	3. 5-фторурацил	750-1000 мг
	4. Адриамицин	30 мг
	5. Цисплатин	50 мг
	6. Вепезид	200 мг
	7. Блеомицин	15-30 мг
Радиоизотопы	1. Au-198	
	2. Фосфор-32	
	3. Хром	
	4. Иттрий-90	
Иммуномодуляторы	1. Коринбактериум-парвум	7 мг
	2. Интерлейкин+ЛАК-клетки	500 тыс МЕ + 10 млн клеток
Препараты неспецифического склерозирующего действия	1. Тальк	2-4 г
	2. Хинакрин	100 мг
	3. Тетрациклин	1,2-1,6 г

В тех случаях, когда системная химиотерапия не показана или она была неэффективной, необходимо внутривнутриплевральное введение лекарственных препаратов. Показанием для плевральных пункций и внутривнутриплеврального введения лекарств является наличие выпота в плевральной полости выше уровня II-III ребра спереди, выраженной одышки с явлениями легочной или легочно-сердечной недостаточности, при ожидаемой продолжительности жизни более 2 нед. При наличии выпота без клинической симптоматики нет смысла производить плевральные пункции и вводить те или иные лекарственные препараты.

Таким образом, можно отметить следующие показания для плевродеза:

1. Наличие субъективных симптомов плеврита (выраженная одышка, боли, кашель).
2. Наличие выпота, рефрактерного к современной химио- и гормонотерапии.
3. Наличие бронхиальной обструкции.

Далее представлены препараты, используемые в настоящее время для плевродеза.

Методика введения цитостатиков, их разовые и суммарные дозы, а также режим лечения:

1. Эмбихин 10-30 мг 1 раз в 7-14 дней, 3-4 введения, всего 40-120 мг.
2. Тиофосфамид 30-40 мг 1 раз в 7-14 дней, 3-4 введения, всего 120-160 мг.
3. Фторурацил 500-1000 мг 1 раз в 7 дней, 3-4 введения, всего 2000-3000 мг.
4. Блеомицин 15-30 мг 1 раз в 7 дней, 4-5 введений, всего 60-150 мг.
5. Адриамицин 30-40 мг 1 раз в 7 дней, 3-4 введения, всего 90-120 мг.
6. Цисплатин 50-60 мг 1 раз в 7 дней, 2-3 введения, всего 100-180 мг.
7. Митоксантрон (новантрон) по 20-25 мг, 2-3 введения.
8. Вепезид 100-150 мг 2 раза в 7 дней, 3-4 введения, всего 600 мг.
9. Тиофосфамид 30 – 40 мг + фторурацил 500 мг 1 раз в 7 дней, 3 введения.

Эффективность внутривидеального введения отдельных цитостатиков при раке легкого и молочной железы колеблется от 60 до 80%. В табл. 3 представлены данные РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН по эффективности химиотерапии опухолевых плевритов [5].

Особого внимания заслуживают методы неспецифической терапии с использованием различных склерозирующих средств для получения химического серозита, склеивания плевральных листков и таким образом ликвидации выпота в плевральной полости. К этим веществам относятся тальк, хинакрин (акрихин), делагил и тетрациклин. Эффективность введения талька, акрихина, делагила достигает 55-60%, а тетрациклина – 80-70% [6-10].

Методика введения тетрациклина. Тетрациклина гидрохлорид наиболее эффективен в больших дозах (20 мг/кг или 1200-1600 мг – 12-16 ампул по 100 мг). У больного под местной анестезией производят пункцию плевральной полости с введением тонкой силиконовой трубки, по которой с помощью вакуум-отсоса эвакуируют жидкость. После этого трубку зажимают и под рентгеновским контролем убеждаются, что легкое расправилось. В случае, если легкое не расправилось или имеется смещение средостения в сторону плеврального выпота, не следует вводить тетрациклин из-за возможности образования панцирного легкого. Поскольку введение тетрациклина может сопровождаться болевыми ощущениями, то его предварительно разводят в 50 мл 0,5% раствора новокаина и затем вводят в дренажную трубку.

Последнюю прижимают на 2 ч, а больного просят несколько раз менять положение тела. Через 2 ч зажим снимают, а дренажную трубку подключают к вакуум-отсосу с постоянным давлением (от 15 до 20 см вод. ст.). Аспирацию продолжают не менее 24 ч, пока объем выводимой жидкости не будет менее 150-200 мл в сутки. После этого дренажную трубку удаляют.

Процедура считается успешной, если у больного в результате введения тетрациклина развился острый плеврит, а с помощью дренирования было обеспечено сближение висцеральной и париентальной плевры и этим достигнута облитерация плевральной полости. Неудачи данной методики связаны в основном с недостаточно полным дренированием плевральной полости. Данная методика дренирования плевральной полости может быть использована также для введения цитостатиков.

Метаанализ, проведенный С. Velani и соавт. [11] по эффективности отдельных препаратов в различных исследованиях, показал, что наиболее эффективными препаратами являются тетрациклин, тальк и блеомицин.

Заключение

Выпот в плевральной полости является довольно частым осложнением рака легкого, молочной железы и других злокачественных процессов, его проявление часто осложняет проблемы лечения онкологических больных. Многие пациенты с наличием опухолевого плеврита живут, надеясь на излечение, месяцы и даже годы. Поэтому эффективная паллиативная терапия опухолевых плевритов является важным аспектом лечения больных с распространенным злокачественным процессом для улучшения качества их жизни. Для внутривнутриплеврального введения могут быть использованы как отдельные цитостатики (блеомицин, цисплатин и др.), так и препараты неспецифического склерозирующего действия (тетрациклин, тальк и др.).

Литература

1. Лайт Р.У. Болезни плевры. М., 1986.
2. Hausher FH, Yarbo JW. Diagnosis and treatment of malignant pleural effusion. *Cancer Met Rev* 1987;6(1):24-30.
3. Leff A, Hopewell PC, Costello J. Pleural effusion from malignancy. *Ann Int Med* 1978;88:532-7.
4. Sahn SA. Malignant pleural effusion. *Clin Chest Med* 1985;6:113-25.
5. Кашикова Х.Ш. Лекарственная терапия опухолевых плевритов. Дисс. канд. мед. наук. М., 1989.
6. Gravelyn TR et al. Tetracycline pleurodesis for malignant pleural effusion: a 10C year retrospective study. *Cancer* 1987;59(11):1973-7.

7. Kefford RF, Woods RL, Fox R, et al. Intracavitary adriamycin, nitrogen mustard and tetracycline in the control of malignant effusions. Med J Austral 1980;2:447-8.

8. Zoloznik AJ, Oswald SG, Langin M. Intrapleural tetracycline in malignant pleural effusion: Cancer 1983;51:752-5.

9. Bayly TC, Kisher DL, Sybert A, et al. Tetracycline and quinacrine in the control of malignant pleural effusions. Cancer 1978;41:1188-92.

10. Wallach HW. Intrapleural tetracycline for malignant pleural effusions. Chest 1975;68:510-2.

11. Belani CP, Einardson TR, Arikian SR et al. Cost effectiveness analysis of pleurodesis in the management of malignant pleural effusion. J Oncol Management 1995;1(2):24.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В ГУЗ «ТАМБОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

Мякинин М.А.

I онкологическое отделение ГУЗ
«Тамбовский областной онкологический диспансер»

Саркомы мягких тканей (СМТ) – относительно редкие заболевания, они составляют около 1% всех злокачественных опухолей человека.

СМТ почти с одинаковой частотой поражают лиц обоего пола с небольшим преобладанием женщин (5:4). Около 1/3 больных составляют лица моложе 30 лет. Среди злокачественных опухолей у детей они занимают 5-е место.

Под общим названием «Саркомы мягких тканей» объединяют большое число различных по своим клиническим и морфологическим признакам опухолей.

В последние годы возрос интерес к изучению злокачественных опухолей мягких тканей.

Это связано с целым рядом факторов:

- Частые и упорные рецидивы СМТ.
- Склонность к гематогенному и, в меньшей степени, лимфогенному метастазированию.
- Значительные диагностические трудности в определении природы опухоли и ее местного распространения, особенно при рецидивах.
- Частые врачебные ошибки в диагностике и лечении сарком мягких тканей.

- Необходимость выполнения обширных калечащих операций.
- Неблагоприятный прогноз заболевания.
- Поиск адекватных методов лечения.

В диагностике СМТ используются: рентгеновское исследование, УЗИ опухолей мягких тканей, КТ первичной опухоли, морфологическая верификация диагноза. В случае предстоящей инвалидизирующей операции – открытая биопсия опухоли.

Важно, чтобы каждого больного с подозрением на опухоль мягких тканей обследовали и лечили в онкологических учреждениях, где работают специалисты, имеющие соответствующий опыт в диагностике и лечении данного заболевания.

С современных позиций лечения сарком мягких тканей должно быть многокомпонентным. Необходимо решать одновременно проблему профилактики как рецидивов опухоли, так и метастазов.

Выбор метода лечения больных саркомами мягких тканей определяется локализацией опухолевого процесса, его распространенностью и общим состоянием больного. Окончательное решение необходимо принимать коллегиально с участием хирурга-онколога, анестезиолога, радиолога и химиотерапевта.

В Тамбовской области за 5 лет (2003-2007 гг.) прооперировано 125 пациентов с саркомами мягких тканей; из них:

- мужчин – 51;
- женщин – 74.

Средний возраст больных составил 58,3 года (55,7-60,7 г.г.).

В ГУЗ «ТООД» прооперировано – 78 пациентов.

Гистологические формы СМТ:

- злокачественная фиброгистиоцитома – 36;
- липосаркома – 19;
- фибросаркома – 23;
- лейомиосаркома – 14;
- недифференцированная саркома – 19;
- мезенхимомы – 4;
- рабдомиосаркома – 6;
- веретенчатая саркома – 2;
- гемангиоперицитома – 2.

Таким образом, полученные цифры свидетельствуют о том, что СМТ встречаются у пациентов обоего пола с преобладанием женщин (2:3). Как правило, это пациенты старше 50-ти лет.

Около 1/3 больных составляют лица моложе 30 лет.

62% пациентов получили оперативное лечение в ГУЗ «ТООД». 76% получили комбинированное и комплексное лечение.

При простом удалении опухолевого узла рецидивы возникают в 60-90% случаев. Радикальная резекция с достаточным запасом нормальных тканей вокруг опухоли позволяет снизить процент рецидивов до 25-30%. После ампутаций и экзартикуляций рецидивы возникают в 10-15%.

Лучевая терапия в комбинации с хирургическим лечением позволяет снизить количество рецидивов на 3-19%.

Лучевую терапию в комбинации с хирургическим удалением опухоли применяют в пред- и послеоперационном периодах.

Средняя выживаемость после появления отдаленных метастазов 11-15 месяцев; 20-25% пациентов переживают 2-3-летний рубеж. При наличии одиночных метастазов в легкие показано их хирургическое удаление. Хирургическое удаление метастазов в легкие производят при отсутствии рецидива заболевания после наблюдения в течение 12-18 месяцев. Это позволяет увеличить 5-летнюю выживаемость от 25 до 40%.

До сих пор СМТ представляют собой группу наименее изученных злокачественных опухолей человека, в диагностике и в лечении которых много трудностей и наибольшее число ошибок.

Литература

1. Клинические рекомендации «Онкология». Под редакцией академика РАМН В.И. Чиссова, профессора С.Л. Дарьяловой, 2006 г.
2. Справочник практического врача «Онкология». Под редакцией И.В. Поддубной.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У МУЖЧИН ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ: ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ

Огнерубов Н.А., Позднякова Д.В.

Медицинский институт Тамбовского государственного университета
имени Г.Р. Державина

По данным ВОЗ ежегодно в мире от онкологических заболеваний умирает более 7,5 миллионов человек, что составляет 13% всех умерших. Ежегодно отмечается рост заболеваемости. Так в 1999 г. в Российской Федерации было выявлено 441 438 больных с впервые в жизни

ни установленным диагнозом злокачественного новообразования, а в 2008 г. – 490 734 случая.

В доступной литературе имеются указания на неблагоприятные демографические показатели, сложившиеся в Тамбовской области, особенно у лиц мужского пола.

Целью работы явилось изучить некоторые особенности эпидемиологии и оказания специализированной помощи при злокачественных опухолях органов дыхания у мужчин Тамбовской области.

В связи с этим, нами изучены данные о злокачественных новообразованиях и состоянии онкологической помощи населению России за период с 1997 по 2008 годы.

В России у мужчин в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями первое место занимает рак трахеи, бронхов, легкого, затем рак желудка и кожи с меланомой, составляя соответственно 20,4; 10 и 10,8. Изучение динамики заболеваемости раком трахеи, бронхов и легкого населения России за последние 9 лет свидетельствует о снижении роста заболеваемости среди мужского населения в 1,09 раза. Среди женского населения заболеваемость практически одинакова.

Изучение динамики структуры заболеваемости раком трахеи, бронхов и легкого среди мужского населения Центрального Федерального округа России за период с 1997 по 2008 гг. свидетельствует о снижении этих показателей. В Тамбовской области заболеваемость снизилась в 1,31 раза. Максимальный показатель снижения наблюдается в Московской области (1,51 раза).

Средний возраст заболевших мужчин при этом составляет 64,5 года (у женщин – 67,6 лет для сравнения). Темп прироста возрастных показателей заболеваемости особенно выражен в возрасте 50 лет и старше. Минимальные показатели заболеваемости встречаются у мужчин до 30 лет.

В 2008 г. в России умерло 2 075 954 человек, причем от злокачественных новообразований – 286 628 человек. На долю мужчин приходится 53,6 %, женщин – 46,4 %. Причем 27,8 % случаев смерти мужчин обусловлено раком трахеи, бронхов и легкого. Смертность от рака органов дыхания на территории различных экономических районов России неодинакова (табл.1).

Стандартизованные показатели смертности у мужчин высоки в Сибирском (61,45), Уральском (59,96), Дальневосточном (57,96) районах, а у женщин – в Дальневосточном (8,58), Сибирском (7,15) и Северо-Западном (6,13) районах.

Таблица 1

Стандартизованные показатели смертности от злокачественных новообразований органов дыхания населения экономических районов России (2008 г.)

Экономический район	Мужчины	Женщины
Россия	50,02	5,58
Южный	47,42	5,31
Северо-Западный	49,55	6,13
Центральный	44,48	5,12
Приволжский	47,98	4,70
Уральский	59,96	5,56
Сибирский	61,45	7,15
Дальневосточный	57,96	8,58

Первые места по стандартизованным показателям смертности от рака трахеи, бронхов, легкого в 2008 г. у мужчин занимают: Республика Карелия (75,42), Курганская (70,48), Сахалинская (72,32) области. Причем среди мужчин Центрального ФО России Тамбовская область занимает 1 место, составляя (58,67) (рис. 1).

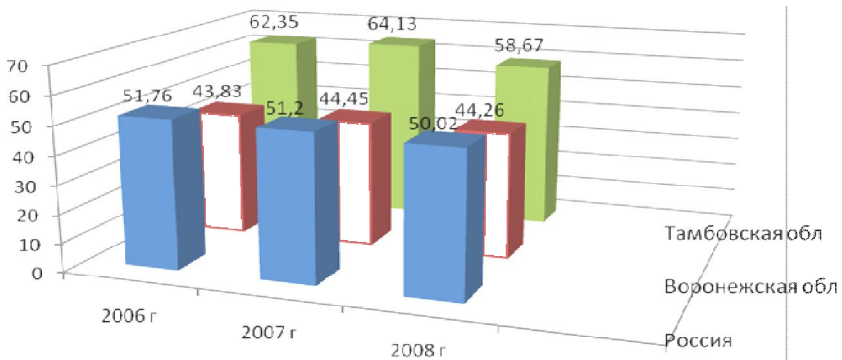


Рис. 1. Динамика смертности мужского населения Тамбовской области от злокачественных опухолей органов дыхания (2006-2008 гг.) (стандартизованные показатели).

Максимальные показатели смертности наблюдаются в возрастной группе от 50 до 75 лет. В возрастном интервале 55 – 59 лет абсолютное число умерших составило 2156, 60 – 64 года – 5367, а у лиц старше 79 лет – 2229.

Показатели оказания специализированной помощи больным мужчинам раком органов дыхания в Тамбовской области представлены в таблице 2.

Таблица 2

Состояние онкологической помощи мужскому населению, больным раком органов дыхания в Тамбовской области

Показатель /год	1999	2004	2006	2007	2008
Морфологическая верификация диагноза, %	81,1	67,6	67,5	71,5	53,4
Выявлено при профилактических осмотрах, %	0,0	23,6	25,3	26,3	16,0
1-2 стадия	39,6	25,6	21,9	35,2	25,6
3 стадия	34,0	27,2	28,5	14,7	11,9
4 стадия	26,4	47,2	49,7	50,1	50,4
Стадия не установлена	0,0	0,0	0,0	0,0	12,1
Летальность на первом году с момента установления диагноза, %	20,6	46,4	48,0	48,4	58,4
Находилось под наблюдением на конец года					
– абсолютное число	1301	1316	1279	1233	1247
– на 100 000 населения	101,0	112,8	112,4	109,7	112,2
Из них 5 и более лет					
– абсолютное число	358	477	436	412	415
– % к общему числу наблюдений	27,5	36,2	34,1	33,4	33,3
Индекс накопления	1,9	2,3	2,2	2,3	2,3
Летальность, %	33,5	28,6	28,1	28,6	25,5

Показатель морфологического подтверждения диагноза является основным критерием достоверности его. В 2008 г. он составил 53,4 %, а в 1999 г. – 81,1 %, т.е. имеет место снижение в 1,5 раза. Колебания этого показателя на территории России по Центральному ФО в 2008 году составляют от 38,9 % в Брянской и 42,3 % в Липецкой, до 75,6 % в Рязанской и 76,3 % в Костромской областях. На профилактических осмотрах процент выявления также снизился с 26,3 % в 2007 г. до 16 % в 2008 г. В то время как в России он составил 20,7 %. Данные показатели свидетельствуют о некоторых недостатках в организации диагностики этого заболевания.

Доля пациентов с 1-2 стадиями рака трахеи, бронхов и легкого в Тамбовской области в 2008 г. относительно 1999 года уменьшилась

в 1,5 раза. Для сравнения самый высокий процент выявляемости при этой стадии в 2008 году наблюдался в Воронежской области (44,8 %). В России в связи со сложившейся экономической ситуацией неуклонно растет доля больных с запущенными стадиями. Это касается и Тамбовской области. Если в 1999 г. процент больных 4 стадией составлял 26,4 %, то в 2008 г. уже практически в половине всех выявленных случаев рака органов дыхания. Более низкий показатель запущенности при раке трахеи, бронхов и легкого наблюдался в Курской (21,7 %), Липецкой (22,8 %) и Владимирской (23,8 %) областях.

Процент больных раком трахеи, бронхов, легкого с неустановленной стадией опухолевого процесса в России за последние 10 лет снизился, составив в 1999 г. 8,3 %, а в 2008 г. – 5,1 %. Тем не менее, в Тамбовской области этот показатель увеличился до 12,1 % в 2008 г. по сравнению с 0,4 % в 1999 г. В Воронежской и Курской областях степень распространенности опухолевого процесса устанавливалась всегда.

Состояние специализированной помощи более точно отражает показатель летальности на первом году жизни с момента установления диагноза. В 2004 г. по России этот показатель был равен 56,8%, а в 2008 г он составил 55,4%. В Тамбовской области летальность увеличилась в 2,83 раза, составляя соответственно 20,6% (1999 г.) и 58,4% (2008 г.).

В России в 2008 г. из числа вновь выявленных больных раком трахеи, бронхов и легкого закончили специальное лечение 12 892, что составило 24,49 %. На сегодняшний день общепринятыми методами лечения рака легкого являются хирургический, лучевая, химиотерапия и их комбинация. Последняя особенно важно при распространенном опухолевом процессе, на долю которых в 2008 г. в Тамбовской области пришлось 62,3 %. Согласно имеющимся данным, основным методом лечения в России является хирургический – 46 %. Наиболее высокие показатели радикального лечения получены в Тамбовской (89,0 %), Костромской (86,3 %) и Воронежской (72,3 %) областях, а наиболее низкие – во Владимирской (33,3 %), Тульской (36,1 %) и Тверской (37,4 %).

В Тамбовской области в 2008 г. доля чисто хирургического лечения злокачественных опухолей органов дыхания составила 89 %, что выше в 1,73 раза по сравнению с 2006 годом. Зато комбинированное лечение занимает гораздо меньший процент – в 1999 г. – 10,3 %, в 2008 г. – 11 %. Лекарственная терапия не нашла своего применения в лечении больных этой локализации начиная с 1998 г. Химиолучевое лечение в 2008 г. также не нашло своего применения, хотя в 1998 г. его доля в терапии в Тамбовской области составляла 6,4 %.

Только лучевое лечение использовалось в 1998 г. в 36,7 %, а 2008 г. – согласно данным статистики этот метод совсем не применялся. Индекс накопления контингента больных раком трахеи, бронхов и легкого в Тамбовской области увеличился с 1,9 в 1999 г. до 2,3 в 2008 г. Наиболее высоким он является в Московской (3,5), Костромской (2,7) и Владимирской (2,4) областях.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высокой заболеваемости и смертности мужского населения Тамбовской области от злокачественных опухолей органов дыхания. Это обусловлено, вероятнее всего, низким процентом выявляемости при профилактических осмотрах, и как следствие – поздней диагностикой, а также недостаточным применением комплексного подхода, особенно системного компонента в лечении данной категории больных.

ВОЗМОЖНОСТИ ПОДКОЖНОЙ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ С СОХРАНЕНИЕМ СОСКОВО-АРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА И КОЖИ С ОДНОВРЕМЕННЫМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Огнерубов Н.А., Проценко В.Н., Колосовская Т.И.

Медицинский институт Тамбовского государственного университета
имени Г.Р. Державина,
ФГУЗ МСЧ №97 ФМБА, г. Воронеж

Рак молочной железы – одно из самых распространенных злокачественных новообразований является одной из самых важных проблем современной медицины, создавая серьезную угрозу здоровью женщин. Заболеваемость этой локализации продолжает неуклонно расти, опережая темпы роста при других злокачественных опухолях у женщин. В структуре онкологической заболеваемости и смертности женщин в России он занимает первое место, составляя 20% и 17,3 %. На долю 1-II стадии рака молочной железы в России в среднем приходится 62,2 % (Чиссов В.И. и соавт., 2010).

Хирургический этап является основным в комплексном и комбинированном лечении рака молочной железы. Длительное время в хирургии рака молочной железы господствовала радикальная мастэктомия по Холстеду. Однако утрата молочной железы приводила к выраженным изменениям психической жизни женщины ввиду нарушения базисной функции ее внутренней самооценки. В последние годы наме-

тились новые подходы, связанные с изменением хирургической тактики в сторону уменьшения объема удаляемых тканей.

На сегодняшний день интенсивно разрабатываются альтернативные радикальной мастэктомии органосохраняющие оперативные вмешательства без снижения радикальности и отдаленных результатов лечения. Это направление стало возможным благодаря новым достижениям в изучении биологии опухолевого роста, увеличении доли больных с ранними стадиями, а также разработкой и внедрением эффективных методов лекарственной терапии в лечебный процесс.

Целью работы явилось изучить возможность применения радикальной подкожной мастэктомии с сохранением сосково-ареолярного комплекса и кожи с одновременным эндопротезированием в терапии рака молочной железы.

В МСЧ № 97, начиная с 2007 года, при хирургическом лечении рака молочной железы нами применяется радикальная подкожная мастэктомия с сохранением сосково-ареолярного комплекса и кожи с одновременным эндопротезированием.

В исследование включены 15 пациентов с гистологически верифицированным раком молочной железы в возрасте от 25 до 60 лет, средний возраст составил – 42 года. T1-2 N0-1 M0 стадия была у 10 пациенток, T3 N0-1 M0 стадия – в 4 наблюдениях, а в 1 случае – T4 N1 M0. Больным с I-III стадией (10) лечение начинали с хирургического вмешательства. 5 пациентам со стадией T3-4 N0-1 M0 на первом этапе проводилась неоадьювантная полихимиотерапия по схеме CAF (3 больных), и по схеме AP (2 пациентки) в среднем 3 цикла с последующим оперативным вмешательством. Подкожная радикальная мастэктомия с сохранением сосково-ареолярного комплекса и кожи выполнялась разрезом по субмаммарной складке с отдельным доступом в подмышечной впадине. Объем удаляемых тканей был стандартным. В случаях близкого расположения опухоли к коже (положительный симптом площадки) выполняли иссечение этого участка. После удаления опухоли осуществляли имплантацию эндопротеза. Использовали текстурированные эндопротезы фирмы MENTOR, объемом от 200 до 450 см³. Корректирующие операции на второй молочной железе не выполнялись, в связи с отсутствием у пациенток такой необходимости. В раннем послеоперационном периоде инфекционных осложнений и гематом не наблюдалось. В случае необходимости (после проведения иммуногистохимического исследования на рецепторы стероидных гормонов, экспрессию HER-2 neu и Ki 67) проводили адьювантную полихимиотерапию по схемам: AC, CAF, AP. Длительная лимфорея

(более 30 дней) была у трех пациенток. У одной больной развилась ишемия и некроз кожи, что потребовало удаление эндопротеза. За время наблюдения признаков местного возврата заболевания не отмечено.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что радикальная подкожная мастэктомия с сохранением сосково-ареолярного комплекса и кожи с одновременным эндопротезированием обеспечивает наилучший эстетический результат. Такой объем вмешательства не снижает радикальность хирургического этапа лечения рака молочной железы и значительно расширяет возможности социальной и психологической реабилитации пациенток.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СХЕМЫ ТАКСОЛА В КОМБИНАЦИИ С ДОКСОРУБИЦИНОМ ПРИ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Огнерубов Н.А., Проценко В.Н., Колосовская Т.И.

Медицинский институт Тамбовского государственного университета
имени Г.Р. Державина,
ФГУЗ МСЧ №97 ФМБА, г. Воронеж

В России рак молочной железы в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями среди женского населения занимает 1 место. На его долю приходится 20%. Вклад его в структуру смертности женского населения России также высок, составляя 17,3 % (В.И. Чиссов и соавт., 2010). Заболеваемость раком молочной железы неуклонно растет: в 1992 году она составляла 32,1 на 100 тыс. женского населения, в 2001 году – 38,5, а в 2008 году, уже 42,8. Причем на долю III стадии в 2008 году приходилось 26,2 %.

Результаты лечения рака молочной железы, несмотря на усовершенствования методов терапии, остаются стабильными. Это особенно отчетливо прослеживается у пациентов с местнораспространенным опухолевым процессом. Пятилетняя выживаемость больных составляет в среднем 56 %.

Под термином местнораспространенный рак мы понимаем любое поражение молочной железы, сопровождающееся метастазированием в регионарные лимфоузлы при отсутствии признаков генерализации процесса (Н.А. Огнерубов и соавт., 1993). Поэтому, на сегодняшний день, лечение рака является агрессивным, комплексным, включающим в себя все научные достижения в области онкологии.

Целью работы явилось оценка клинической эффективности схемы, содержащей таксол и доксорубицин при неоадьювантной терапии местнораспространенного рака молочной железы.

Под наблюдением находились 22 больные раком молочной железы в возрасте от 25 до 60 лет, медиана 44 года. Диагноз у всех верифицирован гистологически с помощью биопсии под контролем УЗИ. Распределение пациенток по стадиям представлено в таблице 1.

Таблица 1

Стадия	Абс.	%
T2N1M0	4	18,2
T3N1M0	10	45,4
T3N2M0	4	18,2
T4N1M0	4	18,2

Больным проводилась неоадьювантная полихимиотерапия по схеме AP: доксорубицин 50 мг/м², и таксол – 135 мг/м² с интервалом 21 день. Последний вводили через 4 часа после доксорубицина в течении 3-х часовой инфузии. В качестве премедикации применяли 50 мг димедрола, 50 мг зантака и 8 мг дексаметазона за 30 мин. до начала инфузии. Клинический эффект оценивали через 2 недели по окончании 2 цикла по RECIT критериям (табл. 2).

Таблица 2

Эффективность	Полная регрессия	Частичная регрессия	Стабилизация
100	4/18,2 %	12/54,5%	6/27,3%

Полученные данные свидетельствуют о том, что основным ответом на лечение была частичная регрессия опухоли (54,5 %). Ни в одном случае не было констатировано прогрессии опухолевого процесса. 16 больным после полной и частичной регрессии на 2 этапе было выполнено оперативное вмешательство в объеме радикальной мастэктомии по Маддену (14/87,5%) и радикальной резекции (2/12,5 %). В случае стабилизации процесса количество курсов увеличивали до 4. После чего выполняли радикальную мастэктомию по Маддену. Нужно отметить тот факт, что первичная опухоль реагирует на лечение более существенно, чем регионарные метастатические лимфоузлы.

Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности таксола в комбинации с доксорубицином при неоадьювантной

терапии местнораспространенного рака молочной железы. Это позволило выполнить всем больным функциональнощадящие и органосохраняющие оперативные вмешательства, что является весьма важным с точки зрения психологической и социальной реабилитации.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ: НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ

Огнерубов Н.А., Сухорукова Е.В.

Медицинский институт Тамбовского государственного университета
имени Г.Р. Державина

Рак молочной железы (РМЖ) является одной из самых важных проблем современной медицины, нанося серьезную угрозу здоровью женщин.

Ежегодно в мире регистрируют более 1 млн. новых случаев РМЖ. В структуре онкологической заболеваемости и смертности женщин во всем мире РМЖ занимает первое место. Наиболее высока заболеваемость в США и Западной Европе – 25-30% всех новых случаев рака у женщин и 18-20% всех смертей при опухолях у женщин. Промежуточное положение занимают Восточная Европа и Южная Америка, самая низкая заболеваемость в Азии. В США одна из восьми женщин рискует заболеть РМЖ в течение жизни, в Европе – одна из двенадцати, в Японии – одна из восьмидесяти. При этом заболеваемость постоянно растет везде на 1-2% в год.

Целью работы явилось изучить некоторые аспекты эпидемиологии и оказания медицинской помощи больным раком молочной железы в Тамбовской области. Для чего нами изучены статистические данные по заболеваемости злокачественными новообразованиями и состоянию онкологической помощи населению в России за период с 1998 по 2008 годы.

В России в 2008 г. было выявлено 52 469 новых случаев заболевания, что составляет пятую часть (20 %) всех опухолей у женщин, а число умерших – 22 946 (17,3 %).

Изучение динамики заболеваемости РМЖ женского населения России за период с 1998 по 2008 год свидетельствует о постоянном росте заболеваемости. Причем среднегодовой темп прироста стандартизованных показателей заболеваемости за эти годы составил 2,25%, а общий прирост увеличился на 24,96 %.

Средний возраст заболевших при этом женщин в 2008 году был 60,3 лет, а в 1998 он составлял 58,7 лет. Эти данные свидетельствуют о том, что, как правило, раком молочной железы страдают женщины в пожилом возрасте, а так же о том, что за 10-летний период наблюдается рост среднего возраста заболевших, что, в свою очередь, является положительной тенденцией.

В 2008 году кумулятивный риск, т.е. риск развития злокачественного заболевания, в данном случае рака молочной железы, которому подверглось бы лицо в течение жизни (0-74) при условии отсутствия всех причин смерти, составил 4,82%.

За 10-летний период кумулятивный риск развития рака молочной железы вырос на 0,76%.

На территории России распространенность РМЖ имеет свои особенности. В 2008 году максимальные показатели заболеваемости РМЖ встречаются в Чеченской республике (1 место), Самарской области (2место) и в г. Москве (3место). Стандартизованные показатели заболеваемости в этих регионах составили соответственно 61,16, 51,67 и 51,53. Это превышает средний показатель по России, который был равен 42,83. На последних же местах находились республики Дагестан (26,93) и Якутия (26,72), Чукотский автономный округ (25,19). Заболеваемость в г. Москве выше, чем у женщин г. Санкт-Петербурга в 1,2 раза.

Показатель морфологического подтверждения диагноза является основным критерием достоверности диагноза при раке молочной железы. В 2008 году он составил 95,2 % по сравнению с 92,1 % в 1998 году. При этом данный показатель колеблется на территории России от 75,0 % в Ингушской республике, до 100 % в Московской и Брянской областях, республиках Калмыкия и Бурятия, Ставропольском крае и Чукотском автономном округе. Величина этого показателя на протяжении десятилетия колеблется незначительно.

При профилактических осмотрах РМЖ выявлялся в среднем по России в 23% случаев, а в 1998 г. – 15,4 %. По данным статистических отчетов, есть регионы, где доля выявленных больных при профосмотрах значительно превышает средний показатель – это Курская (42 %) и Калининградская области (48,6 %), Чукотский автономный округ (87,5%).

Удельный вес больных с I-II стадией увеличился на 5,1%, а больных с III-IV стадией опухолевого процесса уменьшился на 4,5%. Низкий процент выявляемости I-II стадий наблюдался в 2008 году в Кабардино-Балкарской (42,7 %) и Чеченской (38,4 %) республиках. На-

оборот, высокие показатели рака молочной железы на ранних стадиях наблюдались в Амурской области (77,7 %) и Чукотском автономном округе (87,5 %).

Доля пациентов с IV стадией заболевания среди впервые выявленных больных уменьшается. В 2008 году этот показатель составлял 10,3 %, а в 1998 году – 12,9 %. Показатель запущенности более 60 % при РМЖ наблюдался в Еврейской автономной и Магаданской областях, составляя 63,6 % и 66,7 % соответственно.

Интересен тот факт, что процент больных раком молочной железы с неустановленной стадией опухолевого процесса в России за последние 10 лет снизился в 2 раза, составляя в 1998 году 1,5%, а в 2008 – 0,8%. Однако этот показатель в 2008 г. оставался достаточно высоким в республике Хакасия (4,4%), Ивановской (6,3%) и Калининградской (6,8%) областях.

Запущенность, а также состояние специализированной помощи более точно отражает показатель летальности на первом году жизни с момента установления диагноза. В 2008 году по России он был равен 9,7 %, а в 1998 году – 12,6 %. Однако ситуация не однозначна в различных регионах России, например, в Чеченской республике данный показатель превышает число больных с IV стадией в 1,7 раз, и соответственно равен 17,5 %.

В 2008 году из числа вновь выявленных больных раком молочной железы закончили специальное лечение 34 503, что составило 68,4 %.

Основным методом лечения рака молочной железы является комбинированный. При этом хирургический метод применялся в 98,1% случаев.

К концу 2008 года контингент больных раком молочной железы, состоящих на учете в специализированных учреждениях, по сравнению с 1998 годом увеличился в 1,5 раза, составляя 466 767 или 328,4 на 100 000 населения, причем 56% (261 415 человек) из них находятся на учете 5 и более лет.

Динамика смертности от рака молочной железы имеет волнообразный характер. За период с 1998 года по 2008 год статистически значимо прироста смертности от рака молочной железы не наблюдается.

На протяжении 10 лет (1998-2008 годы) наблюдается рост медианы возрастного распределения умерших от рака молочной железы. Так, если в 1998 году средний возраст умерших женщин был 62,2 года, то в 2008 году этот показатель составил 64,2 года.

В 2008 году смертность от рака молочной железы на территории различных экономических районов России неодинакова. Стандарти-

зованные показатели смертности у женщин наиболее высоки в Центральном ФО (18,47) и Сибирском ФО (17,76), а минимальными они были в Приволжском ФО – 14,98 %.

Первые пять мест по стандартизованным показателям смертности от рака молочной железы в 2008 году занимают: Еврейская автономная область – 25,02 (1 место), Магаданская область – 23,03 (2 место), г. Москва – 21,48 (3 место), Омская область – 21,18 (4 место) и г. Санкт-Петербург – 20,63 (5 место).

Смертность от рака молочной железы в Тамбовской области за период с 2006 по 2008 годы имеет тенденцию к ее снижению, составляя 16,72, 15,59 и 14,88 на 100 000 населения соответственно. В 2008 году показатель ниже среднероссийского на 2,62.

Показатели заболеваемости раком молочной железы в Тамбовской области за период с 2006 по 2008 год носят волнообразный характер. В 2008 году заболеваемость составила 39,57 на 100 000 населения или 407 больных в абсолютных цифрах. Этот показатель ниже, чем в среднем по России (42,83). Рост числа заболевших происходит в основном за счет повышения риска заболеть.

Показатель морфологического подтверждения диагноза в Тамбовской области снизился на 3,6 % за последние четыре года, составив 94,7%, что незначительно ниже среднероссийских показателей (таблица 1).

Таблица 1

**Состояние онкологической помощи
больным раком молочной железы в Тамбовской области
(2006-2008 гг.)**

Показатель	Годы			
	2004	2006	2007	2008
Морфологическая верификация диагноза, %	98,3	98,8	99,0	94,7
Выявлено при профилактических осмотрах, %	29,6	27,0	45,5	14,5
Распределение вновь выявленных больных по стадиям процесса:				
I-II	43,3	46,5	73,4	65,2
III	42,5	42,3	15,3	15,2
IV	14,2	11,2	11,3	15,7
Стадия не установлена	0,0	0,0	0,0	3,8
Летальность на первом году с момента установления диагноза, %	12,5	10,1	9,2	11,1

Показатель	Годы			
	2004	2006	2007	2008
Находилось под наблюдением на конец года:				
– абсолютное число	3237	3254	3336	3397
– на 100 000 населения	277,5	286,0	296,9	305,6
– из них 5 и более лет:				
– абсолютное число	1780	1851	1899	1884
– % к общему числу наблюдений	55,0	56,9	56,9	55,5
Индекс накопления	7,8	7,9	8,4	8,6
Летальность, %	5,5	5,5	4,9	4,9

При профилактических осмотрах РМЖ в Тамбовской области выявлялся в 14,5% случаев в 2008 году, что в 3 раза меньше, чем в предыдущем 2007 году. Этот показатель ниже среднероссийского на 8,5%.

Несмотря на это, мы видим положительную динамику в выявлении больных с ранними стадиями заболевания. За четыре года увеличилась доля больных с I-II стадией опухолевого процесса на 21,9%, составив в 2008 году 65,2%, что превышает средние значения по России. Однако в 2007 г. этот показатель был выше и составлял 73,4%. К сожалению, в 2008 г. в Тамбовской области увеличился процент больных с IV стадией, превысив среднероссийский в 1,5 раза. Весьма непонятным показателем 2008 года является процент больных с неустановленной стадией – 3,8%, превышая среднероссийский почти в 5 раз. Это с учетом того, что по России такая ситуация достаточно редко встречается.

Что касается оказания медицинской помощи больным раком молочной железы, то к концу 2008 года увеличилось число лиц, находившихся под наблюдением в онкодиспансере, составив 305,6 на 100 000 населения, по сравнению с 2004 года – 277,5. Тем не менее уменьшилось число больных, закончивших специальное лечение: 69,3 на 100 впервые взятых на учет или 273 человека в 2008 году, по сравнению с 2004 года – 75,5 или 314. При этом в 2008 году был очень высок процент только хирургического лечения, который увеличился за 4 года практически в 4 раза, составив 59 % от прочих видов лечения. Из-за чего следует снижение доли комбинированного лечения, которое стало меньше применяться по сравнению с 2004 годом в 2 раза, составляя 41 %. В то время как, в России, исходя из выше изложенного, наблюдается обратная тенденция и комбинированное лечение используется почти в 2 раза чаще, чем в Тамбовской области (табл. 2).

Таблица 2

**Лечение больных раком молочной железы
в Тамбовской области в 2004–2008 гг.**

Показатель	Годы			
	2004	2006	2007	2008
Число больных, закончивших спец. лечение				
– абсолютное число	314	338	306	273
– на 100 впервые взятых на учет	75,5	82,2	76,9	69,3
В том числе с использованием				
– только хирургического, %	15,0	18,0	48,4	59,0
– только лучевого, %	0,0	0,0	0,0	0,0
– только лекарственного, %	0,0	0,0	0,0	0,0
– комбинир. или комплексного (кр.химиолуч.), %	85,0	82,0	51,6	41,0
– химиолучевого, %	0,0	0,0	0,0	0,0

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют об увеличении в Тамбовской области больных раком молочной железы с распространенными стадиями опухолевого процесса, включая IV стадию. Вероятно, это происходит за счет существенного снижения доли выявления пациентов при профилактических осмотрах. Кроме того, при оказании специализированной помощи этим больным уменьшилась доля комбинированного или комплексного лечения. Результаты проведенного анализа необходимо учитывать в комплексе мероприятий по оказанию помощи этого контингента больных.

**ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ
С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ**

Османов С.Э.

Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина

Согласно Федеральному закону РФ «О социальной защите инвалидов в РФ» от 24 ноября 1995 г. № 181 «Инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, последствием травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты». «Ограничение жизнедеятельности – это полная или частичная утрата лицом способности или воз-

возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью», – поясняется в этом законе.

В соответствии с приказом Минздрава РФ от 4 июля 1991 г. № 117 «О порядке выдачи медицинского заключения на детей-инвалидов» к детям-инвалидам относятся дети, имеющие «... значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации, вследствие нарушения развития и роста ребенка, его способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению, игровой и трудовой деятельности в будущем».

Это определение вытекает из современной концепции Всемирной организации здравоохранения: поводом для назначения инвалидности являются последствия болезни, травмы, проявляющиеся в виде нарушения той или иной психологической, физиологической или анатомической структуры или функции, приводящие к ограничению жизнедеятельности и социальной дезадаптации.

По данным ООН, в мире насчитывается примерно 450 миллионов человек с нарушениями психического и физического развития. Это составляет 1/10 часть жителей нашей планеты (из них около 200 миллионов детей с ограниченными возможностями).

В России эта цифра составляет около 10 миллионов человек – 6,8% всего населения, более 1 миллиона из которых дети. С каждым годом из-за трудных экономических условий, падения уровня жизни, ухудшения экологических условий, а также недостатков в системе здравоохранения это число увеличивается. Причем за последние пятьдесят лет увеличивается число детей с врожденными недостатками опорно-двигательной системы, с нарушениями в работе центральной нервной системы. Дети и подростки, имеющие отклонения в умственном развитии, составляют от 3 до 5% от общей численности населения нашей страны. Ежегодно в стране рождается около 30 тысяч детей с врожденными наследственными заболеваниями. Отягощенная наследственность, неблагоприятные биологические, экологические и социальные факторы являются причинами различных отклонений в развитии детей, воспитывающихся в сиротских учреждениях, чаще всего – это задержка психического развития, умственная отсталость [1, 2, 7].

Умственная отсталость – это состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и

обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей.

Вследствие органического поражения головного мозга у детей с умственной отсталостью наблюдается недоразвитие познавательной и эмоционально-волевой сферы, дефекты физического развития и соматические заболевания. Умственная отсталость детей тесным образом сочетается с аномальным развитием двигательной сферы, которая для них является одним из главных способов, формой и средством познания окружающего мира, овладения речью, трудовыми навыками, социализации в обществе. Умственно отсталые дети страдают наличием необратимого дефекта ткани коры головного мозга, что отрицательно сказывается на всем ходе психического развития ребенка и формировании его личности [3-5, 8].

Умеренная умственная отсталость – средняя степень психического недоразвития. Эта степень интеллектуальной недостаточности характеризуется несформированными познавательными процессами, нарушены моторика, сенсорика, внимание, дети не способны к самостоятельному понятийному мышлению.

За последние годы во всем мире наблюдается растущий интерес к проблеме реабилитации больных и инвалидов. Это связано с изменением отношения общества к инвалидам. Происходящее изменение отношения общества к инвалидам связано с растущим в последнее время процессом гуманизации всей медицины, развитием новых исследований в области медицинской психологии, социологии, педагогики [2, 5, 6].

Комитет ВОЗ (1980 г.) дал определение медицинской реабилитации: реабилитация – это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, либо, если это нереально – оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в обществе.

Реабилитация детей должна начинаться достаточно рано, чтобы они могли полностью развить свои естественные способности и, помимо функциональной реабилитации, могли получать образование, желательно в обычной школе в окружении детей того же возраста. Предпочтение по возможности нужно отдавать лечению в поликлинике. Однако если нужна госпитализация либо уход в специальном учреждении, то следует установить прочные и активные связи со школой, чтобы дети общались со своими ровесниками. Кроме того, нужно

предусмотреть помощь родителям, чтобы те могли часто общаться со своими детьми.

Целью данного исследования является проведения анализа состояния медико-социальной реабилитации умственно отсталых детей.

Медицинская реабилитация как комплекс разностороннего воздействия на состояние здоровья умственно отсталых детей включает в себя ряд мер профилактического и восстановительного (оздоровительного) характера. Медицинская реабилитация умственно отсталых детей имеет два аспекта: педиатрический и психиатрический. Педиатрический аспект предусматривает контроль за физическим развитием детей, профилактикой и лечением соматической патологии, проведением оздоровительных мероприятий. Психиатрический аспект предусматривает медикаментозное воздействие, направленное как непосредственно на интеллектуальную несостоятельность, так и на различные психопатологические синдромы, сопутствующие умственной отсталости [2, 7].

Медикаментозная терапия, направлена на устранение различных психопатологических расстройств, судорожных пароксизмов, ликвородинамических нарушений, а также, влияние на основные нейромедиаторные системы головного мозга, улучшение мнестических функций, обладая нейропротективным действием, повышает устойчивость ЦНС к повреждающим воздействиям, положительно влияет на высшие интегративные функции мозга.

С целью воздействия на двигательные нарушения, как проявления неврологической патологии, используются препараты (сирдалуд, мидакалм, баклофен и др.), снижающие патологическую активность структур, контролирующих ствольные тонические рефлексы и тем самым создающие благоприятный фон для проведения лечебной гимнастики, массажа, электростимуляционной тренировки мышц.

Посредством комплексного воздействия на неврологическую симптоматику создается предпосылка для более активных двигательных стереотипов, нормализации мышечного тонуса, снижения гиперкинетической активности, увеличения объема движений в суставах, уменьшения контрактур. Все это наряду с психокоррекционным обучением позволяет обеспечить и облегчить формирование навыков самообслуживания.

Получены данные, свидетельствующие (по количественным показателям) о большей эффективности комплексной медицинской реабилитации у детей с умеренной умственной отсталостью. Качественные показатели отражают следующую эффективность. У детей с тяжелой

умственной отсталостью наблюдалось увеличение объема активных движений верхних конечностей, целенаправленные движения руками (тянулись за яркой игрушкой), появились попытки поворачиваться со спины на живот. У детей с умеренной умственной отсталостью наблюдалось улучшение походки за счет снижения тонуса в группах мышц нижних конечностей, появились «тонкие» движения пальцев рук (собирали крупные бусы).

Проведенный анализ состояния медицинской реабилитации умственно отсталых детей позволяет сформулировать следующие обобщающие положения:

- медицинская реабилитация умственно отсталых детей с учетом сочетания основной патологии с неврологическими и соматическими расстройствами носит комплексный характер с использованием современных медикаментозных препаратов и различных видов немедикаментозной терапии;

- комплексная медицинская реабилитация умственно отсталых детей требует системного подхода с учетом возраста детей и степени интеллектуального недоразвития;

- весь комплекс медицинских мероприятий является предпосылкой для проведения психолого-педагогической реабилитации.

Психолого-педагогическая реабилитация детей как второе, вслед за медицинской реабилитацией, направление деятельности детских домов-интернатов осуществляется на протяжении всего срока пребывания умственно отсталых детей в этих учреждениях и представляет собой достаточно широкий набор мероприятий, направленных на развитие психомоторных, интеллектуально-мнестических, психофизиологических функций и целостного развития личности.

По содержательным критериям ее разделяют на социально-бытовую и профессионально-трудовую [2, 7].

Организация социально-бытовой реабилитации умственно отсталых детей в силу их выраженной задержки интеллектуального и психического развития, несовершенной моторики и ущербности познавательной деятельности требует учитывать не только возможности биологического, онтогенетического развития ребенка, но и наличие социального, средового воздействия в процессе развития. В связи с этим, в стационарных учреждениях системы социальной защиты при подходе к организации социально-бытовой реабилитации сложилась практика дифференцированного подхода, базирующегося на таких критериях, как возраст и степень интеллектуальной недостаточности.

В соответствии с возрастным критерием выделены группы:

дошкольная – от 4 до 8 лет;
школьная – подготовительная к трудовому обучению – от 8 до 12 лет;
трудового обучения – от 12 до 16 лет;
подростковая – от 16 до 18 лет.

А в соответствии со степенью интеллектуальной недостаточности выделены группы, в которых находятся:

- дети, способные к усвоению элементарных школьных знаний, социально значимых навыков и трудовому обучению;
- дети, способные к трудовому обучению и усвоению элементарных знаний о социуме и окружающей среде;
- дети, не способные к овладению какими-либо социально значимыми и трудовыми навыками.

Социально-бытовая реабилитация умственно отсталых детей в детском доме-интернате представляет собой целую систему мероприятий обучающего характера.

В дошкольном возрасте прививается, а в последующие возрастные периоды закрепляется:

- 1) Формирование навыков самообслуживания:
 - привитие санитарно-гигиенических навыков (утренний и вечерний туалет; овладение и пользование предметами личной гигиены, их хранение).
 - привитие навыков совершения физиологических отпращиваний.
 - привитие навыков одевания-раздевания.
 - привитие навыков приема пищи (удерживание столовых приборов и правильное пользование ими; опрятность при приеме пищи; правильное поведение за столом).
- 2) Формирование навыков пользования элементарными бытовыми приборами и техникой (телевизор, радио, телефон), соблюдение правил безопасности при этом.
- 3) Формирование навыков ориентации во времени (часы, дни, недели, месяцы, годы).
- 4) Формирование навыков общения и инициативного поведения
 - понятия дружбы, взаимопомощи.
 - уважения к старшим.
 - заботливого отношения к животным и растениям.
- 5) Формирование приобщения к искусству (участие в самодеятельности, посещение различных детских мероприятий).

В школьном возрасте прививается, а в последующие возрастные периоды закрепляется:

1) Формирование навыков ухода за одеждой и соблюдение правил техники безопасности при этом.

2) Формирование навыков ухода за жильем и последовательного совершения уборочных операций.

3) Формирование навыков ухода за земельным участком на территории, прилегающей к жилью.

4) Формирование навыков приготовления пищи; ознакомление с кухонным инвентарем и способами его эксплуатации; сервировка стола.

5) Формирование навыков пользования более сложными бытовыми приборами и техникой (пылесос, стиральная машинка, электроплита и др.); правила соблюдения безопасности при этом.

6) Формирование навыков ориентации в окружающей среде:

– в пределах группы;

– в пределах интерната;

– за пределами интерната.

7) Формирование навыков нравственного воспитания и норм общественного поведения:

– знание правил поведения и пользования транспорта;

– знание правил поведения и пользования услугами учреждений бытового обслуживания, общественного питания, магазинов, аптек, учреждений связи;

– знание правил поведения и усвоение навыков посещения культурно-развлекательных учреждений (театр, кино, музей, художественные выставки и др.);

– усвоение навыков адекватного поведения и отношения к взрослым и друг другу.

Обобщенный анализ состояния усвоения умственно отсталыми детьми социально значимыми навыками позволяет отметить следующее:

– навыками самообслуживания владеют 90,0% обследованных детей. Из них 49% – дети с умеренной умственной отсталостью;

– трудовые навыки оказались доступными 14,7% обследованных детей;

– способность ориентироваться в микросреде выявлена у 93,4% детей. Из них 48,8% – дети с умеренной умственной отсталостью;

– способность к ориентации в макросреде (в пределах учреждения) выявлена у 55,6% обследованных детей. Из них 79,3% – дети с умеренной умственной отсталостью.

Таким образом, можно заключить, что дети с умеренной умственной отсталостью обладают определенными потенциальными способностями, которые позволяют им овладеть не только социально значи-

мыми навыками, дающими им возможность адаптироваться в обществе. Они способны овладеть и элементарными школьными знаниями. В общей сложности все это дает основание говорить о предпосылках к их социальной интеграции. В комплексной реабилитации умственно отсталых детей необходимо руководствоваться принципом преемственности между медицинской реабилитацией, представленной педиатрической и психиатрической помощью, и коррекционно-педагогическим воздействием, социально-бытовой и профессионально-трудовой реабилитацией.

Литература

1. Гурович И. Я, Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. Медпрактикум М, Москва. – 2004 с.
2. Дементьева Н.Ф., Раич Н.Р., Шкурко М.А. Медицинская реабилитация, проводимая умственно отсталым детям в домах-интернатах // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2007. – № 2. – С. 10-12.
3. Елифанов В.А. Медицинская реабилитация.- М.:МЕДпресс-информ, 2005.
4. Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации ДЦП Изд-во: СПб.: ООО «ЭЛБИ-СПб» 2005.
5. Митрофанова Н.А., Сухова Л.С. Основы медико-социальной реабилитации. –М.: Медицина, 2001.
6. Попов С.Н. Физическая реабилитация ИАЦ «Гарант-Информ» 2005.
7. Раич Н.Р. Социально-гигиеническая характеристика контингента умственно-отсталых детей и медико-педагогические аспекты их реабилитации в детских домах-интернатах. Автореф. дис.канд.мед.наук. Москва. 2008.
8. Храпылина Л.П. Реабилитация инвалидов. Изд-во:Экзамен, 2006.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВАСКУЛИТОВ ИНФЕКЦИОННОЙ ПРИРОДЫ

Садретдинов Р.А.

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»

В последнее время на территории ряда регионов, в том числе и Астраханской области, наблюдается напряженная эпидемической ситуации по лихорадкам, характеризующимся кожными проявлениями. Высыпания на коже имеют важное диагностическое значение. Появление сыпи на коже – экзантемы наблюдается при очень многих инфек-

ционных лихорадках, как риккетсиозной, так и вирусной этиологии. Экзантемы весьма разнородны. При лихорадках изменяется функция многих систем поддержания гомеостаза, в том числе и микроциркуляторный кровоток в коже больных, что в конечном итоге предопределяет течение процесса. Участие кровеносных сосудов в формировании воспалительных процессов кожи является существенным компонентом патоморфоза данных заболеваний. Значительные затруднения в выявлении вызывает картина без выраженного геморрагического синдрома, что подтверждает необходимость применения современных методов диагностики. Сосуды кожи в виде поверхностного (сосочковый слой) и глубокого (на границе с подкожной клетчаткой) сплетений содержат небольшое количество ШИК-положительных, диастазорезистентных веществ, сульфгидрильных групп и РНК. Эндотелий сосудов способен к фаго- и пиноцитозу, обуславливая явления проницаемости. В нем обнаруживается активность многих ферментов, в частности ферментов энергетического обмена, а также активность неспецифических эстераз и холинэстераз. Система микроциркуляции кожи представляет собой соединение нескольких взаимодействующих друг с другом компонентов сосудистой системы. Проведенные исследования показали, что патология кожи связана, в первую очередь, с сосудистыми нарушениями в дерме, которые способствуют вторичному поражению эпидермиса и придатков кожи. Страдают клетки эндотелия преимущественно мелких сосудов. Звено мелких сосудов обеспечивает одну из важнейших функций крови – транспортную, поэтому именно от морфофункционального состояния данного уровня зависит метаболизм и перфузия клеток и тканей. Одним из ведущих симптомов при лихорадках является поражение кожи. Появление сыпи – экзантемы характерно для многих лихорадок, которые регистрируются в Астраханской области, что затрудняет постановку правильного диагноза. На современном этапе является актуальным проведение адекватной диагностики инфекционных лихорадочных заболеваний, где наряду с учетом данных эпидемиологического анамнеза, клинической симптоматики и показателей ранней лабораторной диагностики является рациональным применение новых методик и технологий для увеличения достоверности диагностики. Обладая высокой чувствительностью к изменениям микрогемодинамической ситуации в сосудистом русле, метод лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) имеет неоспоримое преимущество перед другими методиками исследования микроциркуляции оценивать состояние функционирования механизмов управления кровотоком. Самым доступным органом для исследования микроцир-

куляции методом ЛДФ является кожа. Изучение реакции кожного кровотока на проведение функциональных проб позволяет не только оценить характер кровотока в микроциркуляторном русле, резерв капиллярного кровотока, но и косвенно оценить регуляцию сосудов микроциркуляторного звена во внутренних органах.

Проведено клиническое и инструментальное обследование 75 больных Астраханской риккетсиозной лихорадкой, Ку-лихорадкой и Лихорадкой Западного Нила (25 больных Астраханской риккетсиозной лихорадкой (АРЛ) – 33,3%, 25 больных Ку-лихорадкой – 33,3% и 25 больных Лихорадкой Западного Нила (ЛЗН) – 33,3%, находившихся на стационарном лечении в Астраханской областной инфекционной больнице за период 2006-2009 гг. Данные лихорадки имеют сходные механизмы передачи и клиническую картину, особенно в начальный период.

Диагноз базировалась на комплексе клинико-эпидемиологических данных, а также серологических реакциях. Оценки состояния микроциркуляторного русла кожи проводилась с помощью отечественного аппарата – лазерного анализатора капиллярного кровотока ЛАКК-01 (НПП «ЛАЗМА»).

Возрастной интервал колебался в пределах от 19 до 82 лет. Среди обследуемых преобладали мужчины – 62% (56 человек), а женщины составили – 38% (34 человека). Чаще всего больные госпитализировались в Областную инфекционную клиническую больницу на 2-6 сутки от начала заболевания. Длительность пребывания в отделении составила в среднем -12 дней. При поступлении у большинства больных состояние оценивалось как среднетяжелое – 89%, тяжелое – 9%, легкой степени тяжести – 2%. У большинства больных регистрировалась лихорадка 82%. При осмотре кожных покровов у больных отмечалась экзантема. Сыпь носила преимущественно розеолезный (82%) характер. Локализация сыпи: верхние конечности (23%), туловище (45%), нижние конечности (32%). Продолжительность сыпи в среднем – 5-7 дней. В 25% случаев у пациентов наблюдалось увеличение подчелюстных, заднешейных лимфатических узлов, не спаянных между собой, безболезненных при пальпации. Сопутствующая патология выявлена у 21% больных (хронический бронхит, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония). Показатели микроциркуляции регистрировались с 4 точек наиболее характерных для локализации высыпаний при данных инфекционных лихорадках: кожа груди, правого предплечья, живота и правой голени, термопроба проводилась в тех же точках.

Анализ полученных доплерограмм выявил наиболее выраженные изменения показателей микроциркуляции в 4 точке (правая голень). В остальных точках изменений не отмечено. Важным этапом исследования периферического кровообращения методом лазерной доплерофлоуметрии явилось определение гемодинамического типа микроциркуляции, при этом учитывались как средние значения перфузии тканей кровью и показатели амплитудно-частотного спектра, так и результаты нагрузочных проб. Важная роль отводилась результатам функциональной пробы (термопроба). Среднестатистические параметры перфузии и данные амплитудно-частотного анализа играли лишь вспомогательную роль. При поступлении у 76% больных выявлен тот или иной патологический тип микроциркуляции. Среди патологических типов микроциркуляторной гемодинамики приблизительно равный удельный вес принадлежал спастическому и застойному типу: у больных АРЛ – 26, 0% и 24,2 % соответственно, у больных ЛЗН – 15,9% и 13%, при Ку-лихорадке наименьшие показатели – 10,5% и 6,7%. Гиперемический и стазический типы выявлялись в следующих тенденциях: при АРЛ 10, 5 % и 8,9%, ЛЗН – 8,1% и 7,2%, при Ку-лихорадке – 6,2% и 5,6%. В 6,7% при АРЛ, 5,4% при ЛЗН, 4,2% при Ку-лихорадке определялся смешанный тип. Таким образом, при поступлении у 76 % больных регистрировались патологические гемодинамические типы микроциркуляции. Имели место все известные типы гемодинамики. Однако чаще выявлялись спастический и застойный типы. Функциональная тепловая проба позволяет выявить реактивность микрососудов, их резистентность, состояние регуляторных механизмов и резерв микроциркуляторного русла. При сравнительном анализе тепловой пробы выявлено существенное снижение резерва капиллярного кровообращения тепловой пробы у больных АРЛ, ЛЗН и Ку-лихорадкой по сравнению с контрольной группой. Эти изменения связаны со сниженной способностью к вазодилатации микроциркуляторных сосудов на воздействие повышенного притока крови, поскольку в сосудистой стенке формируются специфические дегенеративные изменения по типу продуктивного васкулита. Снижение резерва капиллярного кровообращения в 2 и более раза может быть принято в качестве диагностического критерия. Это может свидетельствовать об уже имеющихся изменениях в микроциркуляторном русле, что проявляется снижением резервных возможностей микрососудов по увеличению притока крови во время реактивной тепловой гиперемии и косвенно подтверждает литературные сведения о возможности формирования таких осложнений при АРЛ в дальнейшем как микроангиопатии.

Таким образом, метод ЛДФ благодаря высокой информативности позволяет получить объективную информацию о параметрах микроциркуляции в клинических условиях в режиме реального времени и объективно использовать ее для проведения дифференциальной диагностики АРЛ Ку-лихорадки и ЛЗН с кожными проявлениями.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕВОФЛУРАНА

Сысоева Е.П.

ГУЗ «Гамбовский областной онкологический диспансер»

Проблема выбора безопасного и эффективного метода анестезии в онкологии является одной из актуальных. Наличие раковой интоксикации уменьшает функциональные резервы печени и почек, замедляет метаболизм лекарственных препаратов, угнетает функцию внешнего дыхания и других систем, способствует развитию легочных и других осложнений и проявляется замедленным выходом больных из состояния наркоза.

Ингаляционная анестезия остается одним из основных методов интраоперационной защиты пациентов. Одно из преимуществ ингаляционной анестезии – возможность быстрого управления глубиной анестезии. Одним из современных ингаляционных анестетиков является севофлуран. Он разрешен к применению в Российской Федерации с 2004 года, а с ноября 2007 года и мы начали работать этим препаратом.

Севофлуран по структуре представляет собой галогенированный фторсодержащий эфир, который характеризуется низкой растворимостью в крови, способствуя быстрой индукции, а также ускорению выведения анестетика из организма и соответственно пробуждению после наркоза.

Севофлуран подавляет электрическую активность коры головного мозга, способствует расширению сосудов головного мозга, сохраняет ауторегуляцию церебрального кровотока, снижает церебральный метаболизм.

Севофлуран практически не оказывает прямого угнетающего действия на сердце, хотя снижение сократительной способности миокарда иногда отмечается. Севофлуран вызывает дозозависимое снижение артериального давления преимущественно за счет снижения ОПСС, практически не влияет на ЧСС.

Севофлуран оказывает крайне слабое раздражающее действие на дыхательные пути, поэтому широко применяется у детей для индукции анестезии. Является бронхолататором.

По воздействию на нервно-мышечные расслабление и усиление расслаблений скелетной мускулатуры, вызванных миорелаксантами, севофлуран схож с другими ингаляционными анестетиками. Следовательно, при использовании севофлурана необходимо снижать дозы недеполяризующих миорелаксантов.

У человека менее 5 % дозы севофлурана метаболизируется под действием цитохрома P450 в микросомах печени до гексафторизопропанола с высвобождением неорганического фтора и диоксида углерода. Образующийся гексафтор-изопропанол быстро конъюгируется с глюкуроновой кислотой и выводится с мочой. Повышение содержания ионов фтора в плазме после анестезии севофлураном, включая многократную подачу анестетика, не сопровождается возникновением нефротоксичности.

Севофлуран подобно другим средствам для ингаляционного наркоза может провоцировать злокачественную гипертермию.

Для индукции в наркоз концентрации севофлурана во вдыхаемом воздухе могут составлять от 1 до 8%. Для поддержания наркоза в хирургии используют севофлуран в концентрации 0,5-3% в сочетании с оксидом азота или без него.

Наш опыт применения севофлурана основан на проведении ингаляционных наркозов более чем у 350 пациентов в возрасте от 30 до 75 лет при различных хирургических вмешательствах продолжительностью от 40 минут до 3 часов. Степень операционно-анестезиологического риска у больных редко превышала 3 балла по классификации ASA. Для оценки адекватности анестезии мы ориентировались на цвет кожных покровов, частоту сердечных сокращений, артериальное давление, количество мочи.

Премедикация включала 10 мг сибазона на ночь накануне операции. За 40 минут до операции внутримышечно назначали 1 мг атропина, 20 мг промедола, ед 10 мг димедрола. Индукцию проводили пропофолом 2 мг/кг и фентанилом 0,0015 мг/кг. Интубацию трахеи выполняли после введения дитилина в дозе 1,5 мг/кг. Во время основной анестезии миоплегию осуществляли дробным введением ардуана по 0,02-0,05мг/кг каждые 30-50 минут. ИВЛ во время анестезии проводили наркозным аппаратом Drager Fabious (Германия) с использованием ингаляции севофлурана 1,5-3% без закиси азота и 0,5-2% с использованием закисно-кислородной смеси 2:1 в режиме нормовентиляции.

Анальгезию обеспечивали внутривенным введением фентанила по 0,1 мг каждые 30 минут. Гемодинамические показатели характеризовались снижением АД на 15-20% от исходных показателей. При снижении концентрации севофлурана явления гипотензии удавалось быстро устранить. Динамика частоты сердечных сокращений отличалась стабильностью. Отклонения от исходных показателей в среднем не превышала 5-10%. Ни в одном случае не было отмечено нарушения ритма сердца. Отмечено снижение дозы ардуана в 1,5 раза и фентанила в 1,2 раза при проведении анестезии на основе севофлурана по сравнению с атаральгезией или нейролептанальгезией.

Выводы.

1. Благоприятный гемодинамический профиль, хорошая управляемость анестезией, отсутствие токсичности делают севофлуран ценным препаратом для стационарной хирургии.

2. Преимуществом анестезии на основе севофлурана является минимизация доз опиоидных анальгетиков и миорелаксантов, что способствует быстрой посленаркозной реабилитации, особенно важной для пожилых пациентов.

ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ

Темников И.Н., Алленова Е.Н., Мякинин М.А.

ГУЗ «Тамбовский областной онкологический диспансер»

Заболеваемость раком гортани в нашей стране продолжает расти. Более чем у 60% больных это заболевание диагностируют в 3-4 стадиях, когда пациентам показана ларингэктомия. В Тамбовской области ежегодно выполняется около 30 таких операций.

Данная операция, оправданная с онкологических позиций, лишает больного возможности общения с окружающими, приводит к глубокой инвалидности, наносит тяжелую психическую травму и нередко является причиной отказа больных от «калечащей операции». Появилась большая необходимость в методике, способной восстановить голосовую функцию после полного удаления гортани.

В нашей стране метод реабилитации голосовой функции с помощью трахеопищеводного шунтирования с протезированием был впервые применен в Московском НИИ онкологии им. А.П. Герцена.

В дальнейшем он стал использоваться в практике других онкологических учреждений Российской Федерации, но их число невелико.

Противопоказаниями к трахеопищеводному шунтированию с использованием протезов являются: узкая трахеостома (менее 2 см в диаметре), перифокальное воспаление в зоне трахеостомы, некоторые хронические заболевания легких, заболевания, ограничивающие движения рук (паркинсонизм и т.п.)

В ГУЗ «ТООД» трахеопищеводное шунтирование с эндопротезированием после полного удаления гортани, как метод хирургического восстановления голоса, стали применять с 2007 г. Во всех случаях использовался протез «Provox». Этот протез с низким сопротивлением потоку воздуха рассчитан на длительное применение. Фланцы способны надежно удерживать протез в зоне трахеопищеводного соустья. С его помощью возможно достигнуть речь хорошего качества без особых усилий. Этот протез может быть установлен как одномоментно, во время ларингэктомии, так и отсроченно.

В настоящее время наш опыт основан на 6 случаях трахеопищеводного шунтирования с установкой эндопротеза «Provox». Все пациенты после ларингэктомии, мужского пола, в возрасте от 48 до 76 лет.

Б-й Ч., 55 лет, выполнена ларингэктомия 12.09.07г. по поводу рака гортани в стадии T2N0M0 с одномоментным трахеопищеводным шунтированием и установкой эндопротеза. Голосовая функция появилась на 1,5 месяца после операции. По социальным причинам больной на осмотрах в онкодиспансер приезжал нерегулярно. Шунт функционировал хорошо в течение 2 лет и 3 месяцев. От родственников по телефону стало известно о том, что во время рвоты у больного эндопротез самостоятельно выпал в конце декабря 09г. В настоящее время у больного подтекание слюны по трахеопищеводному отверстию. Планируется установка шунта.

Б-й П., 54 лет, оперирован 14.05.08г. в объеме ларингэктомии по поводу рака гортани T2N0M0 с одномоментной установкой трахеопищеводного эндопротеза. Голосовая функция появилась через 2 месяца удовлетворительного качества, одновременно с подтеканием слюны по шунту (травмированный шунт). 15.12.08 смена шунта на новый эндопротез. Голосовая функция появилась через 3 дня. 2.03.10 г. пациент вновь отметил протекание жидкости по шунту в небольшом количестве, планируется в ближайшее время замена этого эндопротеза на другой.

Б-й Ф., 69 лет получил оперативное лечение в объеме ларингэктомии 27.08.08 г. по поводу рака гортани стадией T3N0M0 с установкой трахеопищеводного эндопротеза. У больного развилась удовлетвори-

тельная пищеводная речь, эндопротез не функционировал. Пациент впоследствии перенес резекцию желудка по поводу язвенной болезни, в связи с чем значительно похудел (потеря массы тела более 15 кг). Эндопротез стал подвижным, появилось протекание жидкости вокруг него. 22.01.09г. произведено удаление протеза, соустье ушито наглухо, ход закрылся. Пациент продолжает общаться посредством пищеводного голоса.

Б-й З., 48 лет перенес 19.03.09г. оперативное лечение по поводу рака гортани стадией Т2НОМ0 в объеме ларингэктомии с установкой трахеопищеводного эндопротеза. Голосовая функция появилась на 30 сутки после операции, удовлетворительного качества. Через 7 месяцев больной отметил подвижность голосового протеза и протекание слюны по протезу, в связи с чем эндопротез удален, поставлен назогастральный зонд, трахеопищеводное соустье уменьшилось в диаметре. 14.01.10г. установлен новый голосообразующий протез. Голосовая функция появилась немедленно, хорошего качества.

Б-й Пв., 54 лет, прооперирован 24.03.09 г. по поводу рака гортани стадией Т3НОМ0 в объеме ларингэктомии с установкой трахеопищеводного эндопротеза. В послеоперационном периоде образовался глоточный свищ, который консервативно закрылся через месяц с момента операции. Голосовой функции не было, а через 3 месяца вокруг протеза появились обильные грануляции. Эндопротез удален, грануляционная ткань коагулирована, установлен назогастральный зонд, трахеопищеводное соустье самостоятельно закрылось через 6 недель, зонд удален.

Б-й Б. 76 лет прооперирован в объеме ларингэктомии 4.02.09 г. по поводу хондромы гортани больших размеров (до 6 см) с явлениями стеноза 2-3 степени. Отсрочено 24.06.09 г. ему выполнено трахеопищеводное шунтирование с установкой эндопротеза, голосовая функция появилась на 14 сутки после операции. Речь разборчивая, громкая, результат удовлетворительный.

Выводы: Трахеопищеводное шунтирование с установкой эндопротеза является наиболее современным методом реабилитации голосовой функции после ларингэктомии и способствует социальной адаптации пациентов.

Литература

1. Ольшанский В.О., Чиссов В.И., Решетов И.В., Новожилова В.И. Ларингэктомия с трахеопищеводным шунтированием и протезированием при раке гортани, Москва, 2004.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ В ОБЛАСТНОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

Чернышов А.И., Неплюева Т.В.

ГУЗ «Гамбовский областной онкологический диспансер»

Свищи пищеварительного тракта являются одним из сложных разделов хирургии. Так было раньше, так есть и сегодня. Несмотря на появление новых хирургических технологий, проблема свищей остается исключительно актуальной, потому что в большинстве случаев свищ – это, как правило, послеоперационное осложнение, которое ставит пациента на грань между жизнью и смертью, а в лучшем случае обрекает его на длительное лечение, в том числе на неоднократные хирургические вмешательства. Для хирурга существование свища пищеварительного тракта – всегда задача со многими неизвестными, требующая мобилизации профессионального мастерства, затрат дополнительного времени и душевных сил.

Свищ кишечника – это (определение Мельникова А. В. 1947 г.):

- 1) отверстие в стенке кишки
- 2) впаянное в соседние органы и ткани
- 3) имеющее различной длины и ширины канал
- 4) который открывается на коже или в трубчатый орган или заканчивается слепо в тканях.

Частой причиной развития послеоперационного перитонита и кишечных свищей является несостоятельность кишечных швов.

Широкое внедрение атравматических игл резко снизило риск развития несостоятельности анастомозов. В торакоабдоминальном отделении ГУЗ «ТООД» все этапы наложения анастомозов производятся атравматичными рассасывающими иглами Викрил, в том числе и однорядные анастомозы.

В нашей практике мы сталкиваемся с послеоперационными кишечными свищами, возникшими при: 1) несостоятельности швов, 2) при нарушении питания стенки кишки.

Лечение кишечных свищей носит комплексный характер, является индивидуальным в каждом конкретном случае. Консервативное лечение включает в себя борьбу с нарушениями водного, электролитного и белкового обмена, инфузионную терапию, усиленное оральное и энтеральное питания и местное консервативное лечение.

Ранее радикальное хирургическое лечение кишечных свищей редко приводит к успеху. Абсолютно бесперспективными являются по-

пытки ушить свищевое отверстие на эвентерированной кишечной петле.

Зато ранние нерадикальные операции, направленные на прекращение поступления содержимого к зоне кишечного свища и выполняемые из доступа вне гнойной раны, способны спасти жизнь многим больным. Различают одностороннее и двустороннее выключение свища и наложение обходного анастомоза. В нашей практике при возможности отключить зону кишечного свища всегда выполняется данный вид операций. В отдаленном периоде после отключения свища, либо, производится реконструктивная операция с включением в пассаж отключенной кишки, либо удаляется весь этот отрезок.

При лечении кишечных свищей, как и при гнойном перитоните часто следует прибегать к использованию различных вариантов аспирационного и аспирационно-промывного лечения. Для этого могут быть использованы одноканальные и двухканальные силиконовые трубки. Мы применяли оба вида дренажей и остановились на однопросветных трубках, которые в связи с большим диаметром обеспечивают лучший отток часто густого кишечного отделяемого и меньше склонны к обтурации.

В нашей практике мы чаще всего сталкивались с проблемой лечения тонкокишечных свищей при несостоятельности эзофагоэнтероанастомоза после выполнения гастрэктомий. Во всех случаях накладывался эзофагоэюноанастомоз, наложенный конец в бок (по Бондарю). В случаях несостоятельности такого анастомоза Брауновский анастомоз не предупреждает затекание пептически активного кишечного химуса в зону пищеводного анастомоза, при развитии несостоятельности способствует более тяжелому течению перитонита, чем при наложении эзофагоэнтероанастомоза по РУ. Практически во всех случаях несостоятельности эзофагоэюноанастомоза выполнялась релапаротомия, с целью заведения назогастрального зонда как можно дальше за зону Брауновского анастомоза. Заведение зонда является основным моментом в выхаживании таких пациентов, благодаря возможности обеспечить раннее энтеральное питание и восполнить колоссальные электролитные и белковые потери. Если во время выполнения гастрэктомии у хирурга появляется подозрение в большом натяжении в зоне наложения швов анастомоза, либо другие технические трудности, назогастральный зонд заводится сразу за зону Брауновского анастомоза и сохраняется в течение всего послеоперационного периода. При возникновении кишечного отделяемого по дренажам не требуется релапаротомии при отсутствии признаков перитонита, а питание про-

водится зондовое. Во время релапаротомии обязательно устанавливаются по 2 толстых силиконовых дренажа в правом и левом подреберьях к месту несостоятельности, при необходимости дополнительные дренажи в малый таз или боковые каналы. В послеоперационном периоде проводится интенсивная инфузионная терапия, после появления перистальтики – энтеральное питание специализированными смесями.

Однако летальность при несформированных тонкокишечных свищах остается высокой и по данным литературы превышает 50%, в нашем отделении 33%. Столь высокая летальность обусловлена нередким сочетанием несформированного свища с перитонитом, так и массивной потерей тонкокишечного содержимого, которое тем опаснее, чем выше по ходу кишки располагается свищ.

За 2 года 5 месяцев работы торакоабдоминального отделения выполнено 140 гастрэктомий и 53 резекции желудка. В 9 случаях возникли несформированные кишечные свищи – в 4 случаях в результате несостоятельности анастомозов, 5 случаев в результате некроза стенки тонкой кишки. Из 9 человек выжили 6, смертность 33 %. За этот же период было произведено 255 радикальных операций при колоректальном раке, в 6 случаях возникли толстокишечные свищи в результате несостоятельности толстокишечных анастомозов, в 4 случаях после низкой передней резекции толстой кишки. Всем больным производилось наложение колостомы для исключения свища. Все больные выжили. Процент несостоятельности 2,3%.

Выводы:

1. Лечение кишечных свищей должно быть активным, комплексным, индивидуальным в каждом конкретном случае.
2. В случаях «ненадежного» анастомоза при гастрэктомии резекции желудка необходимо во время операции ставить назогастральный, назоэнтеральный зонд, заводить его за межкишечный анастомоз с целью питания.
3. При высоком риске несостоятельности толстокишечных анастомозов, особенно при низкой передней резекции прямой кишки необходимо накладывать разгрузочную или отводящую колостому выше анастомоза.

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

Шатов И.А., Милякова В.Н., Шатов А.В., Огнерубов Н.А.

Диагностический центр "Мед-Эксперт", г. Воронеж

Медицинский институт Тамбовского государственного университета
имени Г.Р. Державина

Инволюция грыж межпозвонковых дисков (ГМД) в результате консервативного лечения, а иногда и без лечения, является широко известным феноменом, хотя механизм ее остается пока неясным. Возможность прогнозирования исхода консервативного лечения ГМД на основании данных магнитно-резонансной томографии (МРТ) исследуется, однако полученные результаты довольно противоречивы.

Целью настоящего ретроспективного исследования было определение возможности использования МРТ для прогнозирования исхода консервативного лечения ГМД пояснично-крестцового отдела позвоночника. В основу этой работы был положен анализ результатов проспективного (за период с июня 2008 г. по февраль 2010 г.) исследования 132 больных (41 женщина и 91 мужчина) в возрасте от 24 до 68 лет (медиана возраста 47,5 лет), которым неоднократно (не менее 3-х раз) в течение указанного периода производилась МРТ позвоночника. Показаниями к выполнению первоначальной (базовой) МРТ явились – боль в пояснице продолжительностью больше недели и наличие неврологической симптоматики.

МРТ выполнялась на томографе Symphony (1,5 Т), фирмы Siemens с применением быстрых (FSE) спин-эховых импульсных последовательностей и режима градиентного эхо (GRE) и получением T1-ВИ (в противофазе) и T2-ВИ в сагиттальной и аксиальной плоскостях, с толщиной среза равной 3 мм в любой плоскости. При обнаружении ГМД оценивалась не только ее локализация и размеры, но и степень выраженности дегенеративных изменений пролабирующего диска, интенсивность МР-сигнала его и грыжи на T2-ВИ, а также, наличие изменений в субхондральных отделах позвонков, прилежащих к этому диску, и фаза их развития по Modic (1995 г.). Грыжи категоризировались в соответствии с международной классификацией (Bailey, 2006). При оценке степени смещения ГМД мы применяли классификацию Kotogí и соавт. (1998 г.). Уменьшение размеров ГМД на 40% от ее первоначального размера в течение первого года наблюдения, сопровождавшееся исчезновением или уменьшением неврологической

симптоматики, оценивалось нами как значительная резорбция. При корреляции степени резорбции ГМД с клинической симптоматикой использовался критерий Стьюдента. Значения $P < 0,05$ признавались статистически достоверными.

При этом у 84 (64%) – были установлены дегенеративные изменения в дисках и субхондральных отделах тел позвонков, спондилоартроз, стеноз позвоночного канала, спондилолистез. Ни у одного из 84 пациентов базовая МРТ не выявила ГМД. В течение шести последующих лет у них периодически возникали кратковременные, менее 1-2 недель, эпизоды люмбаго и люмбоишиалгии, служившие поводом к проведению повторных МРТ ($n = 231$), с интервалом от 1 до 36 мес. У 66 (79%) из 84 пациентов ГМД не обнаруживались и при повторных МРТ. При сравнении результатов повторных МРТ с данными базовой процедуры, у 40 (48%) больных из 84, изменения в МРТ-картине дисков и тел позвонков либо отсутствовали, либо отмечалось ее заметное улучшение. У 12 больных (14%) из 84, несмотря на лечение, рецидивы болевого синдрома длились больше 3 месяцев и сопровождалась прогрессирующими двигательными и чувствительными нарушениями. Повторная МРТ не только обнаружила у них ГМД, но и показала выраженную грыжевую компрессию корешка. Больные подверглись хирургическому лечению и были исключены из исследования. В течение первых двух лет наблюдения ГМД ($n=14$) были диагностированы еще у 10 (12%) из 84 пациентов с рецидивами люмбоишиалгии. Эти грыжи не сопровождалась выраженными двигательными и чувствительными нарушениями, и больные лечились консервативно. Консервативное лечение проводилось также тем 48 (36 %) пациентам из 132, у которых при базовой МРТ были выявлены ГМД ($n = 51$). Все обнаруженные грыжи классифицировались как протрузии ($n = 35$), экструзии ($n = 19$) и секвестрированные грыжи ($n = 11$). За все время наблюдений 58 пациентам с ГМД было выполнено 324 МРТ, с интервалом от 1,5 до 42 месяцев. В большинстве (71%) случаев, повторная МРТ производилась дважды в год в течение первых двух лет после установления диагноза. По данным МРТ было зафиксировано заметное (в среднем, на 55%) уменьшение размеров 38 (58%) грыж. Наиболее значительное уменьшение размеров ГМД отмечалось в первый год после их диагностики, и у 36 % больных оно составило, в среднем, 3,4 мм. При этом наиболее выраженная регрессия ГМД наблюдалась у пациентов в возрасте от 41 до 50 лет. Уменьшение размеров ГМД сопровождалось улучшением клинического статуса больных ($P < 0, 05$). Размеры 13 (20%) грыж не изменились. У 8 (12 %) грыж они увеличились,

а 6 (9%) – исчезли через 1,5-3 года после их диагностики. Из исчезнувших, четыре – секвестрированные. Средние размеры (8,3 мм) грыж дисков, которые исчезли или уменьшились, были заметно больше (5,8 мм), чем у тех, что не изменились. Диски, грыжи которых уменьшились, в 64% (n = 24) случаев имели при базовой МРТ повышенную интенсивность МР-сигнала на T2-ВИ ($P < 0,01$). Диски, грыжи которых не изменились или увеличились, имели аналогичный характер МР-сигнала только в 34 % (n = 8) случаев. Как показали результаты нашего исследования, со временем и, вероятно, под влиянием консервативного лечения размеры грыж уменьшаются (58%), а в 9% случаев грыжи полностью резорбируются. С уменьшением размеров грыж снижается степень выраженности неврологической симптоматики. Грыжи больших размеров и секвестрированные имеют более высокую вероятность инволюции, чем грыжи небольших размеров. Более высокая вероятность регрессии характерна также для тех грыж, диски которых, характеризуются интенсивным МР-сигналом на T2-ВИ при базовой МРТ. Все вышеотмеченное позволяет нам считать МРТ методом, результаты которого могут иметь прогностическое значение в определении результатов консервативного лечения грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Научное издание

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ.
ОНКОУРОЛОГИЯ**

**Материалы
Всероссийской научно-практической конференции**

14 мая 2010 г.

Ответственный редактор
Н.А. Огнерубов

Печатается в авторской редакции

Подписано в печать 13.05.2010 г. Формат 60×84/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Times. Усл. печ. л. 9,30. Уч.-изд. л. 10,42.
Тираж 80 экз. Заказ 1264.

Издательский дом
Тамбовского государственного университета имени Г.Р. Державина
392008, г. Тамбов, Советская, 190г