

ди жительниц Ростовской области, а в Краснодарском крае – 33,3% и 20,2% соответственно.

На нерегулярность половой жизни указали в Ингушетии 38,5% больных РШМ. В Ростовской области и Краснодарском крае этот показатель соответственно составляет 59% и 60% в 2 раза чаще, чем в контроле.

Изучаемые контингенты женщин гормональные противозачаточные средства практически не используют. В Республике Ингушетия в основном пользуются механическими (22,2% против 9,4%, т.е. в 2,5 раза выше, чем в контроле) и химическими (18,5% против 11,3%) противозачаточными средствами. В Краснодарском крае в основной группе женщин использовали в основном прерванный половой акт (32,5% против 25% в контроле), аналогичное поведение женщин Ростовской области.

При изучении особенностей частоты беременности и родов было установлено, что в Республике Ингушетия в 4 раза чаще, чем в контрольной группе (46,2%) отмечается – 5–9 беременностей, количество аборт до 3 в 25,5% (в контрольной группе 16,7%), возраст при первом аборте – 19–30 лет составил 100% (в контрольной группе 55,6%). В Ростовской области 5–9 беременностей отмечается в 21,0% (против 20,7%). В Краснодарском крае в основном, отмечается в 55,1% – 3–4 беременности, что в 2 раза выше, чем в контроле, а 5–9 только в 14,2% (в контрольной группе 10%). Среди больных РШМ количество аборт более 5 в Краснодарском крае отмечаются в 29,4% случаев, что в 2 раза выше (13,5%), чем в контроле, как и в Ростовской области, аборт – 4 и выше составляют 41,0% (против 21,2% в контроле).

Из сопутствующих заболеваний – ожирение (20,9%), гипертоническая болезнь (25,4%) и пиелонефрит (10,4%) отмечались среди больных Республики Ингушетия, узловый зоб – в Ростовской области (24,0%) и Краснодарском крае (28,7%), цистит на всех трех территориях, гепатит (22,0%) – в Ростовской области.

Среди родственников онкологические заболевания в 41,0% (против 29,8%) отмечались в Ростовской области, а в 18,8% (против 10,6% в контроле) – среди больных РШМ Краснодарского края.

Особенностью перенесенных заболеваний гениталий является тот факт, что в Республике Ингушетия больные РШМ отмечали, в основном, воспалительные заболевания матки и миому матки, а в Ростовской области и Краснодарского края – травмы, эрозии шейки матки, лейкоплакии, хронический эндоцервицит. Кроме того, на основании данных анкет из Ростовской области и Краснодарского края статистически достоверное

различие с контрольной группой отмечалось при наличии хламидиоза и трихомониаза.

Таким образом, полученные результаты с одной стороны согласуются с литературными данными об основных факторах риска – раннее начало половой жизни, большое число половых партнеров, а также предопухольные заболевания РШМ, влажные, генитальные кондиломы, причиной которых может служить вирус папилломы человека. С другой стороны, эти факторы и другие, типичные для контингентов женщин изучаемых территорий, проявляются среди них по-разному.

Полученный алгоритм расчета риска по медико-социальным факторам может быть использован для индивидуальной оценки и прогнозирования риска возникновения РШМ в форме карты индивидуального прогнозирования рака этого заболевания, применение которой в ЛПУ общелечебной сети оказалось эффективным.

Выводы:

1. Проведенное эпидемиологическое исследование РШМ на территории Ростовской области, Краснодарского края и Республики Ингушетия показало на наличие как общих факторов риска для всех территорий, так и факторов характерных для данной территории, определяющих соответствующий уровень частоты этого заболевания.

2. Установление ведущих факторов риска формирующих уровень заболеваемости РШМ в данной местности может иметь важное значение для эффективности как совершенствования организационных форм скрининга РШМ, так и для формирования цитологического скрининга в этих контингентах женщин.

ПРОФИЛАКТИКА

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

*В.В. Кутуков, Ю.В. Оганесян, В.В. Дуйко,
А.В. Слушко, Э.В. Мазанко*

Астраханская ГМА
Областной онкологический диспансер, г. Астрахань

В настоящее время хирургический метод является основным в радикальном лечении колоректального рака. Высокие достижения современной онкохирургии, широкое использование новых технологий не позволяют добиться исчерпывающих результатов, что обуславливает необходимость разработки мер по ранней диагностике колоректального рака с одной стороны и по совершенствованию профилактики послеоперационных осложнений с другой. Одним из грозных осложнений послеоперационного периода являются острые эрозивно-язвенные поражения верхних отделов пищеварительного тракта, вопросы профилактики которых в настоящее время изучены недостаточно. Даже в тех случаях, когда удается избежать летального исхода, острые язвы отягощают состояние пациента, продлевают время его нахождения в стационаре, что не позволяет вовремя начать адекватное химиотерапевтическое лечение столь необходимое абсолютному большинству радикально оперированных больных.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения колоректального рака путем разработки способа профилактики острых эрозивно-язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта.

Материал и методы.

Под нашим наблюдением находилось 277 пациентов в возрасте от 25 до 86 лет, перенесших хирургические вмешательства по поводу колоректального рака в ГУЗ «Областной онкологический диспансер» в период с 2006 по 2009 гг. Все пациенты были разделены на 2 группы – основную и группу сравнения. Основную группу составили 85 пациентов в возрасте от 25 до 78 лет, оперированные в период с 2008 по 2009 гг. Группу сравнения составили 192 человека, оперированных в период с 2006 по 2007 гг., анализ результатов лечения которых был проведен ретроспективно. В обеих группах большинство пациентов находилось в возрасте от 51 до 70 лет, при этом отмечалось некоторое преобладание лиц женского пола – 56,5% и 58,3% соответственно. По распространенности опухолевого процесса преобладали пациенты со II и III стадиями заболевания – 71,7% в основной группе и 75% в группе сравнения. По гистологической структуре опу-

холи доминировала умереннодифференцированная аденокарцинома – 52,9% и 56,3% соответственно.

В предоперационном периоде всем исследуемым пациентам проводились общеклинические обследования, а также гастроскопия. Лица, страдающие язвенной болезнью, в исследование включены не были. Всем 85 пациентам основной группы в предоперационном периоде проводилось обследование на предмет инфицированности *Helicobacter pylori* с использованием иммунохроматографического выявления антител к *Helicobacter pylori* в сыворотке крови, цитологического исследования и гистологического изучения слизистой оболочки желудка. Окраска препаратов осуществлялась по Романовскому-Гимзе. К инфицированным пациентам были отнесены лица с положительным заключением хотя бы 2 из 3 указанных методов. Общее число инфицированных лиц в основной группе составило 57 человек (67,1%). Неинфицированными признаны 28 человек (32,9%). Всем пациентам, инфицированным *Helicobacter pylori*, в течение 7 суток до операции проводилось профилактическое лечение по схеме: омепразол 0,02 x 2раза в сутки; амоксициллин 1,0 x 2раза в сутки; кларитромицин 0,5x2раза в сутки.

Пациентам группы сравнения обследование на предмет инфицированности *Helicobacter pylori* не проводилось, также они не получали никаких мер специфической профилактики острых эрозий и язв пищеварительного тракта. Из числа хирургических вмешательств основной группы радикальными были 68,3%, паллиативными 7%, симптоматическими 20%, реконструктивными 4,7%. В группе сравнения данное соотношение составило – 70,8%; 4,7%; 21,4% и 3,1% соответственно.

Пациентам основной группы на 1, 3 и 7 сутки послеоперационного периода выполнялась гастроскопия. Пациентам группы сравнения гастроскопия выполнялась в связи с подозрением на наличие острых гастродуоденальных повреждений.

Результаты и обсуждение.

При использовании предлагаемого подхода к профилактике у пациентов основной группы острые эрозии развились в 3,5% наблюдений, протекали без осложнений, острых язв пищеварительного тракта выявлено не было. При отсутствии специфических профилактических мероприятий у пациентов группы сравнения острые эрозии развились у 6,3% пациентов, острые язвы – 3,1%, их сочетание отмечено в 1,0% наблюдений. При этом в 8,9% случаев острые поражения верхних отделов пищеварительного тракта имели осложненное течение, что стало непосредственной при-

чиной летальных исходов у 2,6% пациентов группы сравнения.

Выводы. Выявление среди пациентов, страдающих колоректальным раком, лиц, инфицированных *Helicobacter pylori*, и проведение им профилактической противоязвенной терапии позволило снизить частоту развития острых эрозивно-язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта с 10,4% до 3,5% и добиться улучшения результатов хирургического лечения колоректального рака.

ДИАГНОСТИКА КЛИНИКА

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ (УЗИ, МСКТ) ВНУТРИГЛАЗНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

*Д.А. Важенина, И.Е. Панова,
А.С. Зотова, Е.А. Журавлев*

Челябинский ОКОД
Уральская КБ ФГУ «РЦРР
МЗ и социального развития РФ, г. Челябинск

Диагностика злокачественных новообразований органа зрения в настоящее время в большинстве офтальмологических клиниках не онкологического профиля не соответствует современным онкологическим стандартам, к тому же ни одна офтальмологическая клиника не располагает таким арсеналом «тяжелой» диагностического оборудования (УЗИ, МСКТ, МРТ), какое имеется в онкологических центрах. Это влечет за собой высокий объем исследований, проводимых пациентам, и нерациональное использование диагностического ресурса техники.

Онкоофтальмологический центр, основанный в 1999 г. на базе ГЛПУ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер», является практически единственным на территории РФ центром, занимающимся диагностикой и лечением пациентов с новообразованиями органа зрения, в первую очередь, с точки зрения онкологии, и уже потом – офтальмологии. За годы его работы данный подход к лечебно-диагностическим мероприятиям полностью оправдался.

За период с 1999-2009 гг. в центре на стационарном лечении находилось 3137 человек. Пациенты со злокачественной патологией органа зрения преобладали – 75,6%.

Мы провели ретро- и проспективный анализ 528 историй болезни пациентов (1999-2007 гг. – ретроспективный, 2008-2009 гг. – проспективный) с впервые выявленной злокачественной патологией органа зрения, которым, по различным причинам, требовалось дополнительное проведение специальных лучевых методов диагностики на госпитальном этапе.

Пациенты со злокачественной внутриглазной патологией органа зрения составили 87% (460 человек). Пациенты со злокачественными новообразованиями орбиты и параорбитальной области – 13% (68 человек). Все пациенты были распределены на две группы: основная (пациенты, проходившие лечение с 1999-2007 гг.) и контрольная (пациенты, проходившие лечение с 2008-2009 гг.).

Из исследования были исключены пациенты, которым не требовалось проведения специальных методов лучевой диагностики для постановки диагноза – это преимущественно пациенты с базально-клеточным раком в стадии T₁₋₃, плоскоклеточным раком кожи в стадии T₁₋₂ по классификации TNM, а так же все пациенты, с гистологически подтвержденным, доброкачественным характером образования.

Пациентам из основной группы (409 человек) были проведены исследования на аппаратах Hitachi EUB-6500 (УЗИ) и Tomoscan – FR 5000 фирмы Philips. Пациентам из контрольной группы (119 человек) были проведены исследования на аппаратах LOGIQ – 9 (General Electric) и Aquilion-64 (Toshiba).

По локализации злокачественного процесса дополнительных методов диагностики на госпитальном этапе достоверно чаще требуют внутриглазные новообразования, как в контрольной, так и в основной группах (84,1% и 88,1% соответственно).

По местной распространенности процесса и в контрольной и в основной группах достоверно чаще преобладали пациенты с T₂₋₃ стадией (42,1% и 51,6%; и 16,1% и 74,4% соответственно), в контрольной группе наблюдается четкая тенденция к увеличению пациентов со стадией процесса T₂, по сравнению с основной группой (51,6% и 16,1%). Всем пациентам были дополнительно проведены методы диагностики, включающей в себя УЗИ и МСКТ с контрастированием в/в и болюсно.

В основной группе расхождение размеров внутриглазных образований полученных при ультразвуковом методе исследования и гистологическом исследовании составляли по ширине основания 2,9±2,1 мм, по проминенции – 2,5±2,1 мм. В контрольной группе – по ширине основания – 1,6±1,4мм, по проминенции – 1,4±0,9мм.