

го, было обусловлено потерями через легкие и достаточно активным испарением с поверхности операционной раны. В дальнейшем (после окончания операции) центральная температура повышалась на 0,2 градуса в обеих группах, а периферическая понижалась на 0,3 в первой, и на 0,1 во второй группе, что следует рассматривать как проявление периферической вазоконстрикции, уменьшение теплоотдачи и повышение центральной температуры после выхода из наркоза.

Проведенный анализ показал, что меньшая теплопотеря наблюдалась при проведении анестезии севофлураном. Этому способствовал его менее выраженный вазодилатирующий эффект, тепло- и влагосберегающий эффект низкочастотной ингаляционной анестезии.

Следует также отметить, что после окончания анестезии адекватное дыхание у больных первой группы восстановилось через 10 минут, а у больных второй группы через 7 минут. Восстановление сознания в 1 группе отмечалось через 15 минут, во 2 группе – через 10 минут. Экстубацию в 1 группе выполняли через 20 минут, во второй – через 15 минут.

Выводы:

1. Определение типа вегетативной реактивности у детей с опухолями головы и шеи в предоперационном периоде позволяет выбрать рациональный метод анестезии.

2. У детей с нормо- или асимпатикотонией следует отдавать предпочтение общей анестезии на основе севофлурана, не влияющего на тонус симпатического отдела вегетативной нервной системы.

3. Общая анестезия севофлураном, у детей с опухолями головы и шеи, обладает менее выраженным вазодилатирующим эффектом по сравнению с пропофолом, обеспечивая уменьшение теплопотери и поддержание нормальной центральной температуры тела.

4. Проведение общей анестезии севофлураном, в сравнении с пропофолом, в хирургии опухолей головы и шеи у детей, обеспечивает более высокую управляемость, быстрое восстановление сознания, спонтанного дыхания и защитных рефлексов, снижение риска возникновения постнаркотической депрессии дыхания и аспирации.

Литература:

1. Малышев В.Д., Жданов А.М., Андрюхин И.М. и др. Изменение центральной гемодинамики и проводящей системы сердца при тотальной внутривенной анестезии с использованием дипривана во время обширных абдоминальных операций // Анест. и реаниматол. – 1994. – № 6. – С. 7-9.
2. Мизиков В.М. Диприван (пропофол): фармакокинетика, фармакодинамика, применение // Вестник интенсив. тер. – М., 1995. – 4-5 с.
3. Цыпин Л.Е., Лазарев В.В., Корсунский А.А. и др. Ингаляционный наркоз севораном у детей. – Методическое пособие. – М.: РГМУ, 2008. – с.19-20.

4. Christopher C. Young, MD, Robert N. Sladen, MD, MRCP (UK) FRCP (c) Clinical monitoring // International Anesthesiology Clinic. – 1996. – V. 34. – № 3.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ РЕГИОНАРНОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Г.А. Ушакова

РНЦРХТ, г. Санкт-Петербург

В течение последних двух десятилетий ряд отечественных и зарубежных публикаций свидетельствует о возобновившемся интересе онкологов-гинекологов к расширению возможностей выполнения радикальных оперативных вмешательств у первично неоперабельных больных раком шейки матки (РШМ) для улучшения показателей выживаемости. То обстоятельство, что проведение предоперационной лучевой терапии далеко не всегда способствует созданию условий для резектабельности опухоли побуждает онкологов-гинекологов к поиску новых путей для достижения этой цели. Поэтому, более широко на дооперационном этапе стали применяться цитостатики в различных комбинациях, причём, как самостоятельно, так и в сочетании с предоперационной лучевой терапией. В последнем варианте многокомпонентного лечения неоадьювантная химиотерапия, проводимая с использованием цитостатиков, обладающих, как предполагается, не только противоопухолевым, но и радиосенсибилизирующим действием, позволяет совместно с предоперационной лучевой терапией создавать наиболее благоприятные условия для резектабельности опухоли.

Цель исследования: оценка эффективности неоадьювантной регионарной внутриартериальной химиотерапии (НРВХТ) с использованием комбинации иринотекана (Кампто) и производных платины в лечении больных РШМ.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 36 больных с гистологически верифицированным диагнозом РШМ T_{1b2} – T_{3b} стадий в возрасте от 24 до 68 лет. Стадия T_{1b2} была диагностирована у 3 (8,3%) больных, T_{2a-b} стадия – у 11 (30,6%) больных, T_{3b} стадия – у 22 (61,1%) больных соответственно. На первом этапе комбинированного лечения всем больным проводилась НРВХТ по схеме: иринотекан (Кампто) 100 мг/м² и цисплатин 50 мг/м² (или карбоплатин AUC 5). У 9 первоначально неоперабельных больных РШМ T_{1b2}–T_{2a-b} стадий НРВХТ была проведена для расширения показаний к выполнению радикального оперативного вмешательства, в результате чего у 5 больных удалось создать условия для резектабельности опухоли и на втором этапе лечения им была вы-

полнена операция Вертгейма, а 4 больным после НРВХТ дополнительно проводилась предоперационная лучевая терапия и, затем, они были радикально оперированы. 27 больным с T_{2b} – T_{3b} стадиями на втором этапе лечения проводилась сочетанная лучевая терапия (СЛТ). Клинически у всех больных после НРВХТ отмечались уменьшение размеров опухоли и гемостатический эффект. Для объективизации клинической оценки эффективности лечения больным на различных его этапах выполнялось УЗИ органов малого таза с применением цветного и энергетического доплеровского картирования с последующей трёхмерной реконструкцией изображения. Создание и воспроизведение ультразвукового трёхмерного изображения, обработка объемной информации и волюметрическое моделирование шейки матки – осуществлялись на аппарате SonoAse 800 (Medison) с помощью программы 3D_VIEW (Kretztchnik). Всем больным УЗИ выполнялось до начала лечения. Оперированным больным УЗИ повторно до операции проводилось после НРВХТ и предоперационной химиолучевой терапии. У больных, которые подвергались химиолучевому лечению эхографическая оценка эффективности лечения осуществлялась после НРВХТ, в середине курса СЛТ и после окончания лечения.

Результаты. До начала лечения средний объем шейки матки при T_1 стадии составил – 29 см^2 , при T_2 стадии – 41 см^2 , при T_3 стадии – 53 см^2 . Гиперваскуляризация опухоли шейки матки была констатирована у 30 (83,3%) больных, а у 6 (16,7%) определялась умеренная или пониженная васкуляризация опухоли. По данным УЗ-мониторинга после НРВХТ средний объем шейки матки при T_1 стадии составил $13,7 \pm 2,2\text{ см}^3$, при T_2 стадии $19,6 \pm 3,6\text{ см}^3$ и при T_3 стадии $24,4 \pm 4,5\text{ см}^3$, что, в среднем, соответствовало уменьшению объема более, чем на 50% от первоначального. Уменьшение объема опухоли шейки матки после НРВХТ происходило параллельно и пропорционально степени её васкуляризации. После предоперационной химиолучевой терапии объемы шейки матки при T_1 и T_2 стадиях в среднем уменьшились до $12,5\text{ см}^3$. В процессе химиолучевого лечения у больных с T_{2-3} стадиями в середине курса СЛТ объемы уменьшились до $17,0 \pm 3,0\text{ см}^3$ и $21,0 \pm 4,5\text{ см}^3$ соответственно, а после окончания химиолучевого лечения у большинства больных с T_{2-3} ст. средний объем шейки матки соответствовал нормальным значениям и отмечалось значительное снижение её васкуляризации.

Выводы: Применение НРВХТ с использованием иринотекана (Кампто) в комбинации с карбоплатином в комбинированном лечении РШМ позволяет расширять показания к выполнению радикального оперативного вмешательства у первоначально неоперабельных больных РШМ T_{1b2} – T_{2a-b} стадий и улучшать непосредственные

результаты химиолучевого лечения больных при T_{3b} стадии.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С 4 СТАДИЕЙ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В ТЮМЕНСКОМ ООД С 2006Г ПО 2010 Г.

*Н.Н. Франк, Н.С. Райков, Л.В. Дорогина,
А.Н. Роговских, И.Н. Попов, А.З. Мякишев,
О.В. Сбродов, А.Р. Хахибова, Р.Н. Чупин*

Тюменский ООД

Рак ободочной кишки составляет 4-6% в общей структуре онкологических заболеваний. В России за последние 20 лет рак толстой кишки переместился с 6 на 4-е место у женщин и на 3-е у мужчин, уступая лишь раку легкого, желудка и молочной железы. В течение 2 лет 85-90% больных раком ободочной кишки без лечения и после паллиативных операций погибает, поэтому своевременное выявление рака в начальных стадиях является залогом успешного лечения. Но, к сожалению, запущенность при этой локализации злокачественных опухолей составляет по России 30%, по данным Тюменского канцер регистра – 27,89%.

Нами было проанализировано наблюдение и лечение группы пациентов с диагнозом: рак ободочной кишки (С 18 по МКБ) 4 стадии только по г. Тюмени и Югу области за 5 лет, с 2006 г. по 2010 г. по данным территориального канцер регистра, т.к. наблюдение и лечение пациентов северных регионов не всегда может быть прослежено ввиду выявления, наблюдения и лечения по месту жительства.

За 5 лет впервые диагностирован рак ободочной кишки 4 стадии по данным территориального канцер-регистра у 310 человек, у 2 из них в дальнейшем диагноз не подтвердился, у 22 человек не было сведений об органах, пораженных метастазами, и мы их также исключили из нашего анализа. Также хочется отметить, что в других медицинских учреждениях г. Тюмени и Юга области не всегда правильно стадияруются опухоли кишечника и др. органов. Так метастазы в регионарные лимфоузлы оцениваются как отдаленные; наличие прорастания в другие органы без отдаленных метастазов как 4 стадия, а это лишь 2 или 3 стадия рака.

Нами было проанализировано наблюдение и лечение 286 человек с раком ободочной кишки 4 стадией. Женщины заболевают раком ободочной кишки чаще – 154 (53,8%), чем мужчины – 132 (46,2%).

По возрасту пациенты распределились таким образом: до 30 лет – 1,4%, 31-40 лет – 1,1%, 41-50 лет – 9%, 51-60 лет – 25,5%, 61-70 лет – 29%, 71-80 лет – 25,2%, старше 80 лет – 8,8%.