

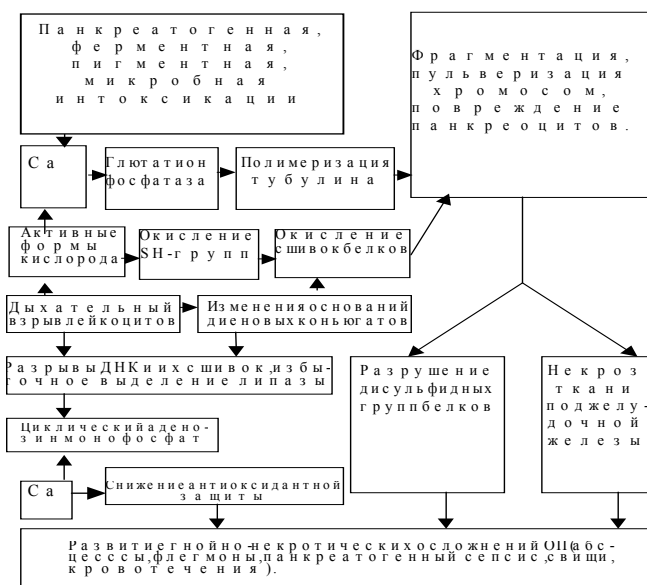


Рис. Клеточный и внутриклеточный механизмы возникновения и развития гнойно-некротических осложнений ОП

Ключевым моментом в развитии всех форм ОП и его гнойно-некротических осложнений (абсцессов, флегмон) на клеточном уровне, является дыхательный взрыв лейкоцитов с участием активных форм кислорода, кальция и ферментов ПЖ, а также гнойных микроорганизмов вследствие угнетения иммунной системы (рис.). В дальнейшем эти факторы включают цепь биохимических реакций с выделением свободных радикалов. При неинфицированном и инфицированном панкреонекрозе под воздействием ферментной, пигментной и микробной интоксикации происходит повреждение клеточных мембран и их рецепторов с разрывом поперечных сшивок. Все это ведет к нарушениям митотического режима, возникновению нерепарируемых повреждений и гибели клетки. Неинфицированный и инфицированный панкреонекроз в 90% случаев дает гнойно-некротические осложнения (абсцессы, флегмоны брюшной полости и их органов, вплоть до развития перитонита). Основной причиной возникновения неинфицированного и инфицированного панкреонекроза является разгерметизация протоков ПЖ с последующим выходом сока ПЖ в брюшную полость и присоединением гнойных микробов с последующим развитием гнойно-некротических осложнений (некротозов, абсцессов, флегмон, перитонита).

УДК 616-009.7; 616.8-009.7; 616-006

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В.А.КАЛУГИН*

Введение. Лечение хронического болевого синдром у онкологических больных в ТООД начато в ноябре 1990 г. на базе АРО, с января 1992 г. на базе ТООД открыт кабинет противоболевой терапии по лечению хронического болевого синдрома (далее ХБС) у онкологических больных IV-ой клинической стадии. Областной противоболевой кабинет по лечению ХБС у онкологических больных организован на основании решения коллегии МЗ СССР [1]. 1989 г для внедрения в практику здравоохранения новых специальных форм и методов организации медицинской помощи онкологическим больным. Задачи и функции кабинета противоболевой терапии: амбулаторный прием, диагностика и лечение ХБС у онкологических больных с применением лекарственных, физических, регионарных и других методов обезболивания; наблюдение и лечение ХБС нетранспор-

табельных больных на дому; участие в научной разработке и апробации новых методов противоболевой терапии; консультации по выбору оптимальной тактики лечения наиболее тяжелых больных с ХБС. Методы лечения ХБС, применяемые в противоболевом кабинете ТООД: медикаментозная терапия (программа ВОЗ); физические методы лечения (лазеротерапия, магнитотерапия, электроимпульсная терапия, КВЧ-терапия); различные виды анестезий и блокад (субаракноидальная химическая денервация; эпидуральная химическая денервация; эпидуральная химическая денервация + эпидуральная опиоидная анестезия; внутривенная тотальная тиаминная анестезия); детоксикация (необходимо помнить, что в состоянии ацидоза анальгетики и все болеутоляющие средства теряют свойства наполовину).

Всего было пролечено 3250 больных, из них на дому – 890 человек. Внутривенная тотальная тиаминная анестезия по методике Я.М.Камышева проведена 1430 больным [4].

Оценка эффективности анальгезии: субъективная оценка (метод Кеefe) по шкале баллов (0 – нет боли; 1 – умеренная; 2 – средняя; 3 – сильная; 4 – очень сильная, а также по количеству потребления наркотиков. Хороший эффект – полное или почти полное купирование боли и 12-часовое отсутствие потребности в наркотиках. Удовлетворительный – больные свободны от боли, однако при движении появляются болевые ощущения, которые особенно их не беспокоят, однако нуждаются в дополнительном введении наркотических средств, хотя в гораздо меньших дозах, чем до лечения боли. Неудовлетворительный – обезболивание слабо выражено или совсем не наступает. Больные остаются на использовании препаратов группы опия или переводятся на другие методы лечения боли. В основе медикаментозной терапии используется 3-ступенчатая программа ВОЗ: (последовательная) схема использования ненаркотических и наркотических препаратов предложенная в свое время Senn A. S., Hans S. A (1982) [3]. При проведении противоболевой терапии отдается предпочтение назначению лекарственных препаратов внутрь. Это позволяет больному самостоятельно регулировать обезболивание и сохранять в отношении обслуживания определенную независимость. Главное правило при проведении обезболивания : каждая последующая доза препаратов дается до того , как появится боль. Поэтому введение обезболивающего препарата (по часам) предпочтительнее, чем введение (по требованию) больного. Это должно быть непреложным правилом в отношении наркотических и ненаркотических анальгетиков.

Таблица 1

Распределение больных по длительности и интенсивности боли

Боль	Оценка в баллах	Длительность боли, мес					Число б-ных	%
		1	≤3	≤6	6	6-ных		
Умеренная	1	3	5	3	5	16	12.9	
Средняя	2	4	5	9	6	24	19.3	
Сильная	3	8	14	18	12	52	41.9	
Очень сильная	4	3	9	9	11	32	25.8	

Трехступенчатая лестница обезболивания (ВОЗ): 3 ступень= сильный опиоид + неопиод +дополнительные препараты; 2 ступень=слабый опиоид+неопиод+дополнительные препараты; 1 ступень = неопиод + неопиодные препараты

В тех случаях, когда медикаментозная терапия не приносит желаемого результата, возможно использование методик: субаракноидальной или эпидуральной химической денервации. Первым субаракноидальную пункцию с подведением спирта к чувствительным корешкам спинного мозга произвел А. Dogliotti в 1931 г в России А. С. Чечулин 1933 г. Уровень выполнения субаракноидальной пункции определяется по таблицам и правилам, описанным в работах [2]. Не каждый больной может перенести процедуру, поэтому оценка общего состояния играет первостепенную роль. Лица с выраженной гиповолемией, кахексией не могут перенести тот или иной вид блокады с определенным положением на операционном столе в течение 30–40 мин. Надо получить согласие больного, его родственников на проведение денервации. Всего нейролизис был проведен 124 больным, из них на дому – 33 чел.; эпидуральная химическая денервация – 70, эпидуральная химическая денервация + эпидуральная опиоидная анестезия – 24; субаракноидальная химическая денервация – 30.

Анализируя эффективность комплексного подхода в лечении ХБС у онкобольных можно сделать выводы, что комплекс-

* ТООД, кабинет противоболевой терапии

ный подход в лечении ХБС у онкобольных, включающий медикаментозную терапию, использование физических факторов и регионарные методы обезболивания дают 60–70% болеутоляющий эффект и имеет ряд преимуществ: быстрота эффекта; глубина анальгезии; длительность анальгезии; снижение расхода лекарственных препаратов (в т.ч. и наркотических), что уменьшает риск развития наркозависимости; улучшение качества жизни.

Таблица 2

Эффективность обезболивания эпидуральной и субарахноидальной химической денервации

Метод	Эффективность обезболивания	Кол-во больных	%	Всего больных
ЭХД	Хороший	25	35.4	70
	Удовлетворит.	30	42.8	
	Неудовлетворит.	15	21.8	
ЭХД+ЭОА	Хороший	17	70.8	24
	Удовлетворит.	3	12.5	
	Неудовлетворит.	4	16.6	
СХД	Хороший	11	36.6	30
	Удовлетворит.	13	43.3	
	Неудовлетворит.	6	20	

Комплексная терапия ХБС у онкобольных имеет перспективы, а ее научное обоснование требует дальнейшей проработки.

Литература

1. Брюзгин В. В., Стрелкова Р.Т. Новые методы интенсивной терапии в лечении онкобольных.– Л., 1989.– С. 17.
2. Исакова М. Е. и др. Лечение болевого синдрома у онкологических больных.– М., 1994.
3. Михайлович В. А. Игнатов Ю. Д. Болевой синдром.– Л., 1990.
4. Камышев Я. М. и др. Новые методы интенсивной терапии в лечении онкологических больных.– Л., 1989.– С. 30–31.

УДК 616-006; 616.345

ОПУХОЛЕВЫЕ МАРКЕРЫ ПРИ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

В.Б. ИВАНОВ, Е.Г. КОВАЛЕВА, А.Г. РОДИНА*

Первично-множественные злокачественные опухоли (ПМЗО), или полинеоплазия – одновременное или поочередное образование очагов злокачественного роста. Они развиваются независимо друг от друга в пределах одного или нескольких органов организма человека [3]. Отмечается рост частоты ПМЗО, так, если в 30–40-е годы прошлого века она составляла 0,3–4,5% всех онкологических заболеваний, ныне превысила 13% [2]. При ПМЗО поражение толстой кишки является наиболее распространенным, частота колеблется от 2 до 15%. Поэтому диагностика ПМЗО с поражением толстой кишки является актуальной.

Цель исследования – выявление ПМЗО по данным КДЦ.

Анализу были подвергнуты все случаи биопсийного и операционного материала КДЦ ТОБ. Выявлено 8 случаев первично-множественного рака толстой кишки. Все случаи первичной множественности были синхронными, так как диагностировались одновременно или в течение 6 месяцев после выявления первой опухоли [1]. Полный комплекс обследования был проведен у шести человек, из них двое мужчин и четыре женщины. Средний возраст – 39,6 лет. У четырех обследованных группа крови А (II) Rh+, у одного – 0 (I) Rh+ и у одной больной – В (III) Rh+. Диффузный семейный полипоз был у двух больных, диффузный полипоз – тоже у двух больных. Двое больных были с двумя злокачественными опухолями, двое имели три опухоли, в одном наблюдении было диагностировано четыре очага, у одного выявлено шесть злокачественных новообразований. Для определения степени распространения злокачественных опухолей мы использовали отечественную и международную классификации по

системе TNM в последней редакции. По этой системе формы рака толстой кишки были определены в семи случаях у пяти больных. Курабельные формы рака были установлены в четырех из семи случаев. В трех наблюдениях выявлена IV стадия заболевания. По нашим предварительным данным, злокачественные опухоли при первично-множественном раке чаще поражают поперечно-ободочную кишку (35% случаев), в 30% наблюдений опухоли локализовались в сигмовидной кишке (рис.1).

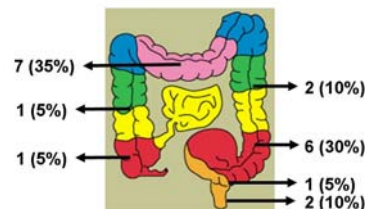


Рис. 1. Локализация первично-множественных злокачественных опухолей толстой кишки

Гистологическое строение злокачественных опухолей определяли по Международной гистологической классификацией опухолей. Злокачественные опухоли верифицировали гистологически (рис. 2). Первично-множественные опухоли толстой кишки представляют собой умеренно- или высокодифференцированные аденокарциномы, что объясняется частым их развитием на фоне кишечного полипоза [3] (рис. 3). У 2 больных гистологическая структура опухоли была в виде диморфного рака – сочетания тубулярной и слизепродуцирующей аденокарциномы (рис.4).



Рис. 2. Гистологическая структура первично-множественных злокачественных опухолей толстой кишки.

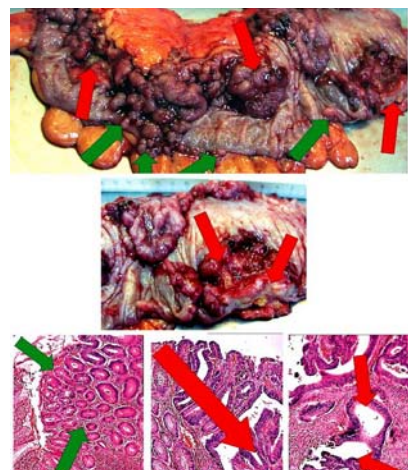


Рис. 3. Синхронный рак (аденокарцинома) сигмовидной кишки на фоне диффузного полипоза толстого кишечника у больного М., 31 год.

У больных с ПМЗО толстой кишки определяли содержание опухолевых маркеров (ОМ) в сыворотке крови до операции и после. Верифицировали с помощью тест-систем иммуноферментного анализа фирмы «БиоХимМак» и плащечного фотометра «Мультискан» фирмы «Лабсистемс». РЭА был обнаружен в повышенных концентрациях у 83,3% больных (5 чел., средний уровень – 15,9 нг/мл), только у одного его значение было в пределах нормы. Концентрация Ca242 увеличена у 67% больных (4 человека, средний уровень – 92,4 нг/мл), у 33% значение его было в пределах нормы. Антиген Ca19-9 у всех обследованных не выявил высокие значения (средний уровень – 15,9 Ед/мл). Сочетанное определение РЭА и Ca242 не повысило чувствительность

* ГУЗ ТО «Тульская областная больница»