злокачественным новообразованием среди женщин, с ежегодно увеличивающимися показателями заболеваемости. В Южно-Казахстанской области ежегодно выявляется 240-250 новых случаев РМЖ, из них до 40% случаев составляют больные с III стадией процесса, зачастую в этой группе больных уже при первичном обращении имеется местно-распространенный процесс (наличие N₁₋₂).

Целью настоящей работы является изучение непосредственных результатов неoadьювантной полихимиотерапии местно распространенного РМЖ с применением таксанов в условиях Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера за 2005-2008 гг.

Материал и методы: нами проанализированы непосредственные результаты неoadьювантной полихимиотерапии 60 пациенток с местно распространенным РМЖ в возрасте 28-65 лет получивших лечение в ООД ЮКО за период 2005-2008 гг. У 38 (63,3%) больных была IIIa стадия заболевания (T₂₋₃N₁₋₂M₀), у 22 (36,7%) больных IIIb стадия (T₄N₁₋₂M₀). Все больные получили по 4 курса неoadьювантной химиотерапии по схеме ТАС (Таксотер 75 мг/м², Доксорубин 50 мг/м², Циклофосфан 600 мг/м²) в 1-й день, с интервалом 21 день. Нами изучены непосредственные результаты 2-х и 4-х курсов неoadьювантной химиотерапии. При развитии гематологической токсичности применяли Нейпоген 30млн. МЕ подкожно 2-3 инъекции.

Результаты: при контрольном осмотре после 2-х курсов химиотерапии у 4 (6,7%) отмечена значительная регрессия опухоли, у 25 (41,6%) больных частичная регрессия процесса и у 31 (51,7%) больных отмечена стабилизация процесса. После 4х курсов химиотерапии полная регрессия отмечена у 7 (11,7%) больных, частичная регрессия отмечена 41 (68,3%) больных, стабилизация процесса у 7 (11,7%) больных, у 5 (8,3%) больных отмечено прогрессирование в виде вторичного процесса – метастазы в кости 3 больных, метастазы в легких 2 больных. Анализ комплексной оценки результатов 4х курсов неoadьювантной химиотерапии показал, что резорбция опухоли и метастазов в регионарных лимфоузлах была отмечена у 48 (80%) больных, а также в 11,7% случаев отмечена полная регрессия опухоли. Прогрессирование процесса отмечена у 8,3% больных (p<0,05).

Выводы: таким образом, основой неoadьювантной химиотерапии больных РМЖ на сегодняшний день являются схемы включающие таксанов. Опыт клинической работы и данные многочисленных публикаций еще раз показывают, что схема химиотерапии ТАС имеет преимущество перед стандартными комбинациями не содержа-

щими таксанов с точки зрения частоты объективных эффектов. Рандомизированные исследования подтверждают эти результаты, и комбинация таксанов может быть рекомендована в качестве первой линии химиотерапии больных РМЖ III стадии, особенно у женщин молодого возраста.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ

М.Б. Якубова, А.А. Байназарова*,
К.В. Югай, Д. Т. Арыбжанов

Казахский НМУ им. Асфендиярова, г. Алматы,
Южно-Казахстанский ООД, г. Шымкент, Казахстан

Рак шейки матки (РШМ) является одной из наиболее распространенных опухолей у женщин. В настоящее время рентгеноэндоваскулярные вмешательства являются важной составляющей в терапии больных с местнораспространенным раком шейки матки и локорегионарными рецидивами заболевания в случаях кровотечения и болевого синдрома. Регионарная химиотерапия является компонентом комбинированного лечения больных с локализованными стадиями заболевания в качестве адьювантной или неoadьювантной терапии.

Целью настоящей работы явилось изучить непосредственные результаты лечения больных с РШМ с применением методики химиоэмболизации.

Материал и методы.

Начиная с июля 2008 г. нами на базе областного онкологического диспансера внедрена методика одномоментной болюсной химиоинфузии селективно во внутренние подвздошные артерии (ВПА) с последующей эмболизацией маточных артерий у больных раком шейки матки. Лечение подверглись 22 пациентки в возрасте от 33 до 48 лет. У всех больных была IIa-IIb стадия процесса (T₂N₀M₀-T_{2b}N₀M₀). В устья ВПА вводили болюсно химиопрепараты со скоростью 2 мл/с. В основном применяли схему FAP (Фторурацил 1 гр/м², Адриобластин 60 мг/м², Цисплатин 80 мг/м²). Далее селективно катетеризировали маточную артерию на стороне исследования (слева) и производили эмболизацию гемостатической губкой.

После выполнения процедуры эмболизации перемещали в аорту и выполняли катетеризацию второй (правой) ВПА и после инфузии химиопрепаратов эмболизировали маточную артерию. Если необходима одновременная катетеризация

обеих ВПА, производили пункцию и установку катетеров с обеих сторон контра- или ипсилатеральным методом. Из 12 больных повторную процедуру провели 13 больным.

Результаты и их обсуждение.

Анализ непосредственных результатов лечения показал эффективность методики у всех 22 больных (100%). У 8 женщин было отмечена остановка кровотечения из опухоли шейки матки на следующие сутки после процедуры. У 9 больных отмечено купирование болевого синдрома внизу живота. При контрольном осмотре через 1 месяц у всех пациенток была отмечена частичная регрессия опухоли с уменьшением опухолевого узла по данным контрольного УЗИ на 40-60%. 10 человек успешно прооперированы (радикальная расширенная гистерэктомия), остальным пациентам проведен курс лучевой терапии по радикальной программе. Анализ осложнений показал, что в основном осложнения были связаны с проведенной химиотерапией. У 15 больных отмечена тошнота и рвота, у 3 лейкопения 2-3 степени, у 2 анемия 2 степени, которые купировались консервативной терапией. Осложнений связанных с эмболизацией нами не отмечено.

Выводы.

В настоящее время большинством исследователей доказана целесообразность широкого практического применения регионарной химиоинфузии с эмболизацией маточных артерий в лечении больных раком шейки матки. В связи с этим вопрос о ее применении следует рассматривать как один из эффективных методов комбинированного и комплексного лечения больных раком шейки матки. Артериальная эмболизация является малотравматичным и эффективным способом остановки кровотечения из опухоли шейки матки, а также создает дополнительную ишемизацию опухоли, что повышает эффективность непосредственных результатов лечения.

РЕАБИЛИТАЦИЯ

ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ПИТАНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЖЕЛУДКЕ

*Р.Б. Иванов, В.В. Кутуков,
А.В. Служко, Ю.В. Оганесян*

Астраханская ГМА
ООД, Астрахань

Актуальным является вопрос внедрения в практическое здравоохранение качественного

искусственного лечебного питания (так называемая нутриционная поддержка). Нутриционная поддержка представляет собой научно обоснованную систему диагностических и лечебных мероприятий, направленных на поддержание необходимых метаболических и структурно функциональных процессов в организме, обеспечивающих последнему должные гомеостаз и адаптационные резервы.

Нутриционная поддержка обеспечивается применением дополнительного орального питания, препаратов для парентерального питания и использованием специальных смесей для энтерального питания.

Парентеральное питание, до настоящего времени наиболее широко применяемое в интенсивной терапии хирургических больных, далеко не во всех случаях позволяет обеспечить потребности пациента.

Мировой опыт свидетельствует о строгих показаниях к использованию парентерального питания с расширением объема энтерального питания как наиболее физиологичного и экономически выгодного, так как коррекция метаболических нарушений парентеральным питанием несовершенна и имеет ограниченные возможности.

В связи с чем одним из перспективных направлений искусственного лечебного питания больных, оперированных на органах желудочно-кишечного тракта, является энтеральное питание, которое в настоящее время получает широкое распространение. Кроме того, несомненная польза и необходимость использования энтерального зондового питания доказана многими исследователями. Однако возможности его полностью не раскрыты, практикующим врачам приходится сталкиваться с отсутствием специальных знаний в области нутрициологии и недостаточным внедрением опыта в области лечебного питания в стационары.

Последние достижения метаболического лечения хирургических больных свидетельствуют о том, что энтеральное питание следует считать методом выбора во всех случаях, когда функции желудочно-кишечного тракта сохранены. Наибольшие трудности возникают, если в ранние сроки после операции развиваются выраженные явления функциональной непроходимости.

В этих условиях главным критерием назначения состава и объема вводимых внутрикишечно питательных смесей, становится не их сбалансированность, а сохранность переваривающей и всасывательной способности тонкой кишки по отношению к вводимым нутриентам. Не вызывает сомнений и тот факт, что на разных этапах послеоперационного периода степень выраженности кишечной недостаточности будет изме-