

дозы дипривана. У некоторых больных при быстром переходе из гипердинамии в состояние сна кратковременно западала челюсть, снижалась вентиляция и начинала уменьшаться  $\text{SaO}_2$ , что отразилось и на средней величине  $\text{SaO}_2$ . Разгибание головы и выдвигание нижней челюсти вперед (у 70% больных), ингаляция кислорода через носоглоточный катетер (58%) или маску (7%), кратковременная искусственная вентиляция легких (6%) позволяли в течение нескольких секунд нормализовать оксигенацию в легких.

После завершения индукции анестезии показатели вентиляции и оксигенации стабилизировались и мало отличались от исходных. Существенных различий в изменении артериального давления, вентиляции и газообмена в легких между группами выявлено не было. Практически одинаково быстро (через  $5,8 \pm 0,23$  и  $6,5 \pm 0,65$  мин после окончания операции соответственно) у них восстанавливалось и сознание. При этом все больные были спокойны, многие отмечали свое состояние как после хорошего естественного сна. При наступлении сна, во время и после операции у больных не было каких-либо неприятных ощущений психоэмоционального дискомфорта.

В целом 97,3% пациенток оценили анестезию на отлично и лишь 2,3% – на хорошо. Причем снижение оценки было обусловлено не качеством самой анестезии, а неприятными впечатлениями от болезненной многократной пункции вены при постановке системы для инфузии и рвоты в послеоперационном периоде.

При эндоскопических оперативных вмешательствах на базе МУЗ ГБ № 5 г. Тулы прооперированы 58 пациенток, из них более 70% старше 30 лет. Подавляющее большинство имели экстрагенитальную патологию, в том числе артериальная гипертония диагностирована у 35% больных, патология мочевыводящих путей – у 11%, патология органов дыхания – у 15%, заболевания сердца – у 8%. Структура оперативных вмешательств: у 80% – резекция яичника, а у 4 больных – в сочетании с овариэктомией, у 4 пациенток проведены радикальные оперативные вмешательства на матке. Премедикация у подавляющего числа пациенток состояла из атропина 0,5-1 мг, промедола 20-40 мг, димедрола 20 мг, реланиума 10 мг.

После проведения вводной анестезии, интубации трахеи, создавали карбоксиперитонеум (инсуффлятор «Surgical CO<sub>2</sub>-insuflator», фирмы «Olympus», Япония) со скоростью инсуффляции CO<sub>2</sub> от 0,5 до 1,5 л/мин под контролем показателей гемодинамики. Внутривентральное давление во время операции поддерживали на уровне – 9-12 мм рт.ст. Разрежение карбоксиперитонеума проводили после окончания операции, перед экстубацией трахеи.

С целью оптимизации анестезиологического обеспечения лапароскопической операции нами использовалась тотальная пропифол-фентаниловой анестезии по разработанной схеме: премедикация – феназепам в дозе 5 мг внутрь вечером накануне операции. За 40 мин до начала анестезии, внутримышечно: промедол – 20 мг, димедрол – 10 мг и диазепам – 5-10 мг, в зависимости от исходного состояния психо-эмоционального статуса. На операционном столе: атропин – 0,01 мг/кг. Вводный наркоз: пропифол внутривенно болюсно – 2,0-2,5 мг/кг, в сочетании с фентанилом – 2,0-3,0 мкг/кг. Прекураризация: 10 мг атракуриума, сукцинилхолин – 1,8-2,0 мг/кг, интубация трахеи, ИВЛ по полузакрытому контуру с  $\text{FiO}_2$  – 0,4, минутный объем дыхания = (масса пациента/10+1) л/мин, дыхательный объем = 7-8 мл/кг, давление на вдохе – менее 18-24 мм рт.ст. и соотношением вдох/выдох – 1:2. Поддержание анестезии: непрерывная инфузия пропифола – 4,0-8,0 мг/кг/ч и дробное введение фентанила – 1,0-3,0 мкг/кг, каждые 20-25 мин операции. Введение пропифола следует прекратить за 5-10 мин до окончания операции. Миоплегия – атракуриумом в дозе 0,6 мг/кг и поддержание 0,1 мг/кг каждые 20-25 мин. Интраоперационная инфузия – 10-15 мл/кг/ч кристаллоидных растворов.

Интраоперационно функцию сердечно-сосудистой системы (ССС) контролировали с помощью стандартного мониторинга (ЭКГ, частота пульса, неинвазивно измеряемое артериальное давление, насыщение крови кислородом).

Интраоперационно регистрацию параметров гемодинамики производили на следующих этапах:

1. Исходные данные (перед вводным наркозом).
2. После индукции и интубация трахеи.
3. После создания карбоксиперитонеума.
4. Наиболее травматичный этап операции.
5. После экстубации трахеи.

Создание карбоксиперитонеума у больных привело к повышению АД и ОПСС. Однако, рациональная методика инсуффляции CO в брюшную полость и применение пропифола (снижающего ОПСС), позволили АД и ОПСС, на данном этапе исследования, сохранить исходные значения.

На 4 этапе исследования у больных среднеартериальное давление снизилось на 7% от исходного и предыдущего этапов исследования, что свидетельствует о рациональной адаптации сердечно-сосудистой системы к карбоксиперитонеуму.

Параметры колебаний показателей гемодинамики на этапах исследования свидетельствуют об адекватности анестезиологического пособия операционной травме у больных. Применение рациональной методики создания карбоксиперитонеума и тотальной внутривенной пропифол-фентаниловой анестезии на фоне ИВЛ, поддержание оптимального уровня гемодинамики при эндоскопическом вмешательстве создают благоприятные условия для адаптации организма к особенностям техники операции.

Анестезиологическое пособие, как при традиционном оперативном вмешательстве так и при эндоскопическом вмешательстве по компонентом сходны, благодаря мастерству анестезиологов удалось гемодинамику и оксигенацию удержать на компенсаторном уровне. Однако из-за патофизиологических сдвигов, которые сопровождают карбоксиперитонеум, отбор пациенток должен учитывать нарушения гемодинамики и предоперационное состояние системы дыхания.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о больших перспективах использования дипривана для анестезиологического обеспечения гинекологических операций в экстренной гинекологии и при эндоскопических оперативных вмешательствах. Предполагаемая нами методика позволяет добиться адекватной анестезии без психоэмоционального дискомфорта и других нежелательных реакций.

#### Литература

1. Кассиль В.Л., Лескин Г.С., Выжигина М.А. Респираторная поддержка. М.: Медицина. 1997. С. 33-34, 39-44, 46-47.
2. Кармастин М.М., Сорокин В.Ю. К вопросу о проведении экстренных лапароскопических операций. Материалы III Межрегиональной научно-практической конференции «Современные аспекты анестезиологии и интенсивной терапии». Новосибирск: «Сибирский консиллиум», № 1, 2006.
3. Щенатов В.В., Земсков Ю.В., Мазурская Н.М., Попов А.А. Анестезиологическое обеспечение лапароскопических операций в гинекологии // Вестник Российской Ассоциации Акушеров и гинекологов. 1999. № 3.

#### THE CHOICE OF ANESTHETIC GRANTS AT TRADITIONAL AND LAPAROSCOPIC OPERATIONS IN GYNECOLOGY

S.S. KIREEV, A.F. MATVEEV, T.N. TRUKHINA, N.T. SEROVA

Medical institute of the TulGU; City Hospital №5

Despite of numerous researches, it is not determined adequacy of variants of anesthesia (intravenous, regional anesthesia, total intravenous in a combination with artificial lung ventilation) and their advantages from a position of the minimal influence on parameters of gas exchange, central hemodynamics and maintenance of protection against surgical aggression are not appreciated.

**Key words:** anesthetic grant, emergency gynecology

УДК 618.14-006.6

#### ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВОВ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ НА ФОНЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ

Р.Ф. САВКОВА\*, Л. Ф. ЮДИНА\*, М. А. ГЕРАЦЕНКО\*\*, А. С. ДЗАСОХОВ\*

Исследовалось влияние гипербарической оксигенации на интенсивность проявлений болевого синдрома у больных, страдающих раком шейки матки

**Ключевые слова:** рак, шейка матки, болевой синдром

В России ежегодно регистрируется более 450 тыс. новых пациентов со злокачественными новообразованиями. До 25% из них имеет генерализованную стадию онкологического процесса, а подавляющее их число нуждается в обезболивающей терапии. Уже при первом обращении к онкологу боль разной степени интенсивности испытывают 30-60% пациентов, а при генерализации опухолевого процесса на боль жалуется уже 70-95%, при этом считая её основным симптомом нарушения качества жизни.

Наиболее эффективным и безопасным методом контроля

\* Московский областной онкологический диспансер

\*\* ЦРБ г. Балашиха, Московская область

боли у онкобольных признана фармакотерапия, которая проводится по ступенчатой схеме ВОЗ. В её основе лежит последовательная 3-ступенчатая схема приема анальгетиков – от слабых (парацетамол) до сильнодействующих (морфин, фентанил).

Применение комплекса препаратов на одной ступени проводят до тех пор, пока не исчерпывается полностью их эффект. Более 80% пациентов с генерализованными опухолевыми процессами нуждаются в опиоидных препаратах 2 и 3 ступени ВОЗ, таких как трамадол, кодеин, бупренорфин, морфин, фентанил. При этом все применяемые длительно анальгетики, по принципам программы ВОЗ борьбы с болью, должны иметь только неинвазивные способы введения. Раньше это были только пероральные, трансмукозальные и ректальные формы таких опиоидных анальгетиков, как трамадол, кодеин, морфин и бупренорфин.

Длительность эффекта обычных таблеток (пероральных или трансмукозальных), а также капсул, свечей и капель для приема внутрь дает кратковременный эффект, как правило, не более 4-6 ч. Фармакодинамика этих лекарственных форм сопровождается пиковыми концентрациями в плазме крови, что вызывает побочные эффекты, которые при постоянном их повторении ухудшают качество жизни больных [3]. Ежегодно в мире регистрируются более 470 тысяч больных *раком шейки матки* (РШМ). Заболеваемость РШМ в разных странах мира неодинакова. Максимальные показатели заболеваемости на Гаити, в Никарагуа, Боливии, Гвинее; минимальные – в Китае, Турции, Сирии, Греции, Израиле. Несмотря на то, что в последнее десятилетие имеет место снижение уровня заболеваемости РШМ в экономически развитых странах, отмечается ее рост у женщин в возрасте до 35 лет (Англия, Австралия, Новая Зеландия). В России РШМ занимает 6 место (5,2%) в структуре заболеваемости и 7 (5,0%) в структуре смертности от злокачественных новообразований. Среди онкогинекологической патологии РШМ на 2 ранговом месте [2].

*Гипербарическая оксигенация* (ГБО) достоверно снижает токсические эффекты цитостатической терапии, тормозит рост первичных опухолей в эксперименте и повышает эффективность противопухолевого лечения при числе сеансов  $\geq 5$ .

**Цель работы** – исследование влияния ГБО на проявление болевого синдрома у больных, страдающих РШМ [1].

В исследование были включены 32 пациентки с регионарно локализованными рецидивами РШМ III стадии после сочетанной лучевой терапии. Все пациентки получали полихимиотерапию по поводу рецидива заболевания по схеме ТС (паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup>+карбоплатин 300 мг/м<sup>2</sup>), 15 пациенток, включенные в основную группу исследования, получали дополнительно ГБО (барокамера ОКА-МТ в режиме 0,5 атмосфер, 10 сеансов по 40 минут). Все больные отмечали наличие болевого синдрома в виде тазовой боли. Для лечения болевого синдрома применялась терапия катадолонем в стандартной дозировке.

Для оценки интенсивности болевого синдрома применялась визуальная аналоговая шкала, которая имеет длину 10 см, один конец её соответствует отсутствию болевых ощущений, другой – боли максимальной (в представлении больного) интенсивности. Исходя из этих крайних значений, больной отмечает на шкале субъективную оценку интенсивности ощущаемой им боли.

На момент начала цитостатической и анальгетической терапии все больные оценивали интенсивность болевых ощущений на уровне 7-8 баллов. Затем больные обеих групп повторно оценили интенсивность болевых ощущений через 10 дней от начала лечения. В контрольной группе произошло снижение интенсивности боли до 4-5 баллов по визуальной аналоговой шкале, в основной группе у 14 пациенток болевой синдром был купирован полностью (0 баллов по визуальной аналоговой шкале) и только у одной пациентки сохранялся дискомфорт в области таза, оцененный ей в 1-2 балла.

**Выводы.** Визуальная аналоговая шкала представляет собой удобное средство для объективизации интенсивности болевого синдрома при прогрессировании РШМ и может быть использована для контроля эффективности анальгетической терапии. ГБО представляет собой эффективный способ увеличения анальгетической активности стандартных обезболивающих лекарственных средств при лечении рецидивов РШМ.

#### Литература

1. Евтюхин А. И., Дунаевский И. В., Шабут А. М., Шульга Н. И. Клинико-экспериментальное обоснование применения гипербарической оксигенации и транскраниальной электростимуляции у онкологических больных. Актуальные проблемы анестезиологии, реаниматологии и интен-

сивной терапии // Мат-лы науч. конф. Под ред. В.И. Страшнова. Санкт-Петербург, 2001.

2. Кузнецов В.В., Морхов К.Ю., Нечушкина В.М. [http://www.gonc.ru/3840\\_18.08.2008](http://www.gonc.ru/3840_18.08.2008).

3. Осипова Н.А., Абузарова Г.Р. Правила назначения и применения трансдермальной терапевтической системы фентанила Дюрогезик у онкологических больных. М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А.Герцена Росмедтехнологий». 2008.36 с. ISBN 5-85502-082-7.

#### THE OBJECTIVISATION AND TREATMENT OF THE PAINFUL SYNDROME AT CYTOSTATIC THERAPY OF RELAPSES OF CANCER CERVIX OF THE UTERUS ON BACKGROUND HYPERBARIC OXYGENATION

R.F. SAVKOVA, L.F. YUDINA, M. A. GERASHCHENKO, A.S. DZASOKHOV

Moscow Regional Oncological Clinic, Central Regional Hospital, Balashiha, Moscow Region

Research of influence hyperbaric oxygenation on intensity of displays of a painful syndrome at the patients, suffering a cancer cervix of the uterus

**Key words:** cancer, neck of the womb, painful syndrome.

УДК 618.146-006.6

#### ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

С.М. КОЗЫРЕВА, Ю.С. СИДОРЕНКО\*, К.М. КОЗЫРЕВ\*\*

Подчеркивается целесообразность проведения неоадьювантной аутогемохимиотерапии в комплексном лечении у больных раком шейки матки IV стадии, так как предложенный метод сопровождается выраженным регрессионным эффектом и обеспечивает operability в 55,7% случаях. Аутогемохимиотерапия обладает низкой токсичностью и оказывает иммуномодулирующее воздействие, проявляющееся ростом количества лимфоцитов, T- и NK-клеток, что способствует главному послеоперационному периоду и вносит свой вклад в улучшение результатов лечения. Лечебный патоморфоз в раковых опухолях шейки матки выражается в достоверном уменьшении площади паренхимы с 53,6 до 28,7% и росте доли стромы с 46,4 до 68,2%. Применение комплексного метода лечения рака шейки матки IV стадии аутогемохимиотерапией в сочетании с милдронатом достоверно повышает 3-летнюю выживаемость до 89,2%, а при сочетанно-лучевой терапии до 57,7% (p<0,05).

**Ключевые слова:** рак шейки матки, аутогемохимиотерапия, выживаемость.

Рак шейки матки (РШМ) является одним из самых распространенных злокачественных новообразований в мире, составляет 60% всех форм рака гениталий, занимая второе место среди злокачественных опухолей женской репродуктивной системы после рака тела матки [1,2,14]. Максимальные уровни заболеваемости РШМ фиксируются в активной в социальном отношении группе женщин в возрасте 45–55 лет. В то же время, анализ популяционных показателей заболеваемости указывает на увеличение числа случаев РШМ среди молодых женщин в репродуктивной возрастной группе до 40 лет с максимальными показателями заболеваемости в возрасте до 29 лет [15,16]. В России среди заболевших РШМ 45,8% составляют больные моложе 50 лет и 5% – моложе 30 лет [6,7,12], и оперативному лечению (простая и расширенная экстирпация матки с придатками) подвергаются больные в основном I-IIa стадии. РШМ относится к числу опухолей, при которых возможности использования химиотерапевтических препаратов ограничены в силу их недостаточной эффективности при этой патологии [5,17]. Однако эти данные уточнены результатами применения внутриартериальной и эндолимфатической химиотерапии РШМ [8,9,11]. Особый интерес представляет метод аутогемохимиотерапии (АГХТ), который, как более эффективный и менее токсичный в сравнении со стандартной системной полихимиотерапией, был впервые предложен к применению в клинике Ю.С. Сидоренко (г. Ростов-на-Дону).

Биотерапевтическая составляющая АГХТ заключается, прежде всего, в качественном функциональном изменении свойств реинфузируемых клеток крови и биологически активных белков, что в клинике проявляется гемостимулирующим и иммуномодулирующим действием АГХТ, снижением частоты токсических осложнений химиотерапии, активацией неспецифической резистентности организма, увеличением общей и безрецидивной выживаемости и улучшением качества жизни онкологических больных [10]. До настоящего времени нет полной ясности в вопросе выбора оптимальной тактики лечения РШМ IV стадии, которая обеспечила бы достижение высокого лечебного эффекта, в том

\* Ростовский НИ онкологический институт росмедтехнологий

\*\* Республиканский онкодиспансер РСО-Алания, г.Владикавказ, Россия