

моральное введение 10 мг метотрексата, преинкубированного в 10 мл аутоплазмы при $t = 37^{\circ}\text{C}$ в течение 30 минут. Неoadьювантную лучевую терапию поглощенной на глубине 0,5 см очаговой дозой 20 Гр проводили через 1 час после радиомодификации, а операцию осуществляли не более чем через 24 часа после облучения. Ввиду короткого временного интервала, в течение которого реализовывались эффекты различных составляющих нашего многокомпонентного способа лечения, разграничить вклад каждого из них в отдельности не представлялось возможным. Поэтому нами оценивались как положительные, так и отрицательные моменты всего комплекса лечебных мероприятий в целом. Нами было произведено 30 операций по удалению злокачественных опухолей придаточного аппарата глаза. Все операции носили расширенный характер – удаление опухоли производилось в пределах нескольких анатомических зон. Удаление опухоли в области внутреннего угла глаза и окружающих зон лица с резекцией верхнего и/или нижнего века и удаление внутриорбитального компонента опухоли было произведено 4 (13,3%) пациентам. Удаление опухоли в области внутреннего угла глаза и окружающих зон лица с резекцией верхнего и/или нижнего века и удаление внутриорбитального компонента опухоли с резекцией медиальной стенки орбиты – 16 (53,4%) больным. Удаление опухоли нижнего века и щеки с иссечением пораженной орбитальной клетчатки и надкостницы нижней орбитальной стенки произведено 7 (23,3%) пациентам. Одному больному (3,3%) ввиду распространенности процесса было выполнена тотальная резекция нижнего века, иссечение опухоли кожи и мягких тканей щеки с удалением передней стенки гайморовой пазухи в сочетании с субтотальной резекцией нижней стенки орбиты. В 2 (6,7%) случаях произведено удаление опухоли наружного угла глаза и окружающих зон лица со сквозной резекцией обоих век.

С целью пластического закрытия дефекта нами использовались перемещенные кожно-жировые лоскуты из смежных областей. В 12 (40%) случаях нами использовался один перемещенный лоскут, в 18 (60%) – для ликвидации дефектов век и тканей периокулярной области выкраивалось два кожно-жировых лоскута. Дефект конъюнктивы восстанавливался за счет свободной пластики лоскутом со слизистой щеки или нижней губы. Заживление послеоперационной раны вторичным натяжением наблюдалось только у 2 (6,7%) пациентов, первичным натяжением – у 28 (93,3%) больных. Послеоперационная летальность отсутствовала. Рецидивы опухоли отмечены нами у 4 (13,3%) человек основной подгруппы в течение первых 3 лет наблюдения. Двум пациентам выполнено удаление рецидивной опухоли. В двух случаях (6,7%) была выполнена экзенте-

рация орбиты. В дальнейшем рецидивов опухоли выявлено не было.

Таким образом, удалось провести органосохраняющее лечение у 28 (93,3%) пациентов. В контрольной подгруппе рецидивы диагностированы у 2 (6,7%) больных – через 2 года и через 5 лет после окончания специального противоопухолевого лечения. Им было выполнено повторное удаление рецидивной опухоли. Злокачественная опухоль придаточного аппарата глаза не явилась причиной смерти ни в одном случае. В основной подгруппе – двое больных умерло от причин не связанных с прогрессированием опухолевого процесса, 28 (93,3%) пациентов живы. В контрольной – умерло 3 пациента также от причин, не связанных с прогрессированием опухолевого процесса, 27 (90%) больных живы.

Таким образом, проведение комбинированного лечения злокачественных опухолей придаточного аппарата глаза с использованием модифицированной рентгенотерапии в сочетании с радикальной операцией целесообразно. Выполнение радикального хирургического вмешательства, с предшествующим проведением рентгенотерапии в сочетании с локальной химиотерапией, для усиления эффекта которой использовалось суббульбарное введение дипроспана, позволило избежать удаления глазного яблока у 93,3% пациентов со злокачественными опухолями придаточного аппарата глаза, не ухудшая отдаленные результаты лечения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ ВЕК

М.А. Енгибарян

РНИОИ, г. Ростов-на-Дону

Короткодистанционная рентгенотерапия с присущими ей особенностями распределения энергии в тканях позволяет стойко излечивать опухоли век без существенных косметических и функциональных изменений и, что особенно важно без существенного ухудшения зрения. Безусловно, речь идет только о небольших, ограниченных опухолях, соответствующих символам T_1 и T_2 . Облучение же опухолей, развивающихся в области внутреннего угла глаз и медиальной трети нижнего века, сопряжено с рядом трудностей. Важность физиологических функций, выполняемых структурами внутреннего угла глаза, придает особое значение лечению новообразований, развивающихся в данной зоне. Наиболее грозным осложнением при включении в зону облучения области внутреннего угла глаза является частичное сужение или полная облитерация слезоотводящих путей. Значение же слезного аппарата в обеспечении адекватного функционированию органа зрения трудно переоценить. Слезные ор-

ганы выполняют увлажняющую, трофическую и бактерицидную функции. Поскольку слеза содержит 97,8% воды, в первую очередь она обеспечивает постоянное увлажнение глазного яблока. Благодаря содержанию солей, белковых и липидных фракций слеза осуществляет трофическую функцию для конъюнктивы и, что особенно важно, для роговицы, наличие в составе слезной жидкости лизоцима обеспечивает ее бактерицидное действие. Сужение или облитерация нижней слезной точки, нижнего слезного канальца или его устья приводит к затруднению оттока слезы с развитием стойкого слезотечения, воспалительных и трофических нарушений со стороны глазного яблока.

Цель исследования: снижение частоты и выраженности лучевых повреждений слезоотводящих путей при лучевом лечении злокачественных опухолей кожи век.

Материал и методы.

Основную группу составили 32 пациента со злокачественными опухолями кожи век, у которых лучевая терапия проводилась в сочетании с разработанным нами способом профилактики лучевых повреждений слезоотводящих путей. Эффективность проведенного лечения сопоставлялась с результатами, полученными в контрольной группе, объединившей 30 больных, которым осуществлялось стандартное лучевое лечение. В наше исследование были включены пациенты с теми локализациями опухоли, лучевое лечение которых сопровождается наиболее грозными лучевыми осложнениями. Так, пациенты с опухолью в области внутреннего угла глаза составили 84,4% в основной группе и 80% - в контрольной. Всем больным проводилось общеклиническое обследование, включающее общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование биохимических показателей крови, электрокардиографическое исследование. Осуществлялось комплексное офтальмологическое обследование: определение остроты зрения, полей зрения, исследование оптических сред глаза, тонометрия, прямая и непрямая офтальмоскопия.

С целью определения проходимости слезного канальца нами выполнялась колларговая проба. В конъюнктивальный мешок инстиллировали 1 каплю 2% р-ра колларгола. При сохраненной проходимости слезных канальцев колларгол исчезал из конъюнктивальной полости через 5 мин. В этом случае канальцевая проба считалась положительной. Более длительная или полная задержка красителя свидетельствовала о нарушении функции слезных канальцев – отрицательная канальцевая проба. Вторая часть пробы — определение времени появления красителя на тампоне, находящемся в носу. Для этого в нос под нижнюю носовую раковину вводили ватный тампон и закапывали в конъюнктивальный мешок колларгол. Если слезные пути проходимы, то

через 5-7 минут вата окрашивалась колларголом (положительная проба). Отсутствие окрашивания тампона (отрицательная проба) свидетельствовало о непроходимости слезных путей. Лучевое лечение осуществлялось на аппарате ТА- 02 при разовых дозах 5 Гр до суммарной очаговой дозы 50-55 Гр. По завершении курса лучевого лечения оценивалась частота и степень выраженности местных лучевых реакций. Результаты проведенного лечения оценивались через 6- 8 недель после его окончания. Оценка функционального состояния слезоотводящих путей также проводилась через 6- 8 недель после окончания лечения.

Результаты и обсуждение:

Нами был разработан способ профилактики лучевых повреждений слезоотводящих путей при лучевом лечении злокачественных опухолей кожи век. Способ осуществлялся следующим образом - дважды в день: перед каждым сеансом лучевой терапии и через 10- 12 часов после сеанса, проводили поверхностную анестезию глаза путем двукратного закапывания 0,2% раствора лидокаина. Затем осуществляли промывание слезно-носового канала: в нижнюю носовую точку через тупоконечную канюлю, надетую на шприц, под давлением вводили в слезно- носовой канал раствор, содержащий 2,0 мл 0,1% дексаметазона и 5 мг метотрексата. При правильном проведении манипуляции жидкость свободно вытекала из соответствующей ноздри. В результате проведенного лечения удалось достигнуть объективного положительного результата в виде полной и частичной регрессии опухоли у 96,9% пациентов в основной группе и у 90% – в контрольной. Полная регрессия опухоли была достигнута у 28 (87,5%) пациентов основной группы и 20 (66,7%) - в контрольной. Частичная регрессия – у 3 (9,4%) и 7 (23,3%) человек соответственно. До начала лечения у пациентов исследуемых групп не отмечалось такого симптома как стойкое слезотечение. Тогда как по окончании лучевого лечения стойкое слезотечение с развитием синдромом «влажного» глаза отмечалось у 2 (6,2%) пациентов в основной группе и у 14 (46,7%) – в контрольной. Воспалительные реакции со стороны конъюнктивы глазного яблока развились у 4 (12,5%) пациентов основной группы и у 16 (53,3%) контрольной. Лучевые реакции со стороны кожи век, проявляющиеся симптомами блефарита, диагностированы в основной и контрольной группе у 7 (21,9%) и у 11 (36,7%) человек соответственно. Явлений перихондрита хрящей век в основной группе не наблюдалось, в контрольной – данные изменения зарегистрированы у 2 (6,7%) пациентов. Таким образом, у пациентов основной группы наряду со снижением числа повреждений слезоотводящих путей отмечалось достоверное уменьшение количества таких луче-

вых реакций как: конъюнктивит, блефарит и перихондрит хряща нижнего века с 96,7% в контрольной группе до 34,4% - в основной. В нашей работе наряду с анализом непосредственных результатов лечения мы проводили оценку эффективности проведенного лечения на основании результатов безрецидивной выживаемости. Из наблюдаемых нами больных у 2 (6,3%) пациентов в основной группе и у 8 (26,7%) в контрольной были выявлены рецидивы опухоли. Следует отметить, что все рецидивы диагностированы в течение первого года наблюдения. У пациентов исследуемых групп злокачественная опухоль не явилась причиной смерти ни в одном случае. От причин не связанных с онкологическим заболеванием, умерло 2 больных в основной и 1 в контрольной в течение 5 лет после окончания лечения.

Выводы:

1. применение разработанного способа профилактики лучевых повреждений в процессе лечения злокачественных опухолей кожи век позволяет снизить число рубцовых изменений слезоотводящих путей с 46,7% у пациентов в контрольной группе до 6,2% в основной, уменьшить риск развития местных лучевых реакций с 96,7% в контрольной до 34,4% в основной.

2. эффект разработанного способа не сводится только к уменьшению количества лучевых реакций со стороны структур глазного яблока, но и проявляется достоверным увеличением шансов достижения объективного положительного результата: число больных с полной регрессии опухоли увеличилось с 66,7% в контрольной группе до 87,5% в основной; с частичной регрессией опухоли – с 9,4% до 23,3% соответственно.

использование разработанного нами способа профилактики лучевых повреждений слезоотводящих путей позволяет улучшить качество жизни больных после проведения лучевой терапии по поводу злокачественных опухолей внутреннего угла глаза и нижнего века, за счет предотвращения такого тягостного симптома, как постоянное слезотечение, а также сохранить увлажняющую, трофическую и защитную функции слезных органов, и в конечном итоге – обеспечить адекватное функционирование органа зрения.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕШОКОВОЙ ГИПОТОНИИ У ОНКОУРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В.П. Задерин, А.Н. Шевченко

РНИОИ, г. Ростов-на-Дону, Россия

Современная медицина рассматривает организм как многоуровневую систему управления, где каждая подсистема имеет свои биохимиче-

ские и колебательные (частотные) характеристики, которые управляют обменными процессами, происходящими в организме. Синхронизация (согласованность) процессов управления повышает саногенетические (защитные) возможности организма в борьбе с болезнью.

Патологический процесс в организме является автономным осциллятором, образующим, кроме всего прочего, частотные помехи среди относительно согласованных ритмов организма, сужая и подчиняя их себе. Обратимы ли эти нарушения? Можно ли с помощью экзогенных электромагнитных колебаний инициировать согласованные перестройки энергетического, иммунного и структурного гомеостаза? На эти вопросы, в какой-то мере, может ответить наше сообщение. В данном случае, на практике применена "теория функциональных систем" П.К. Анохина (1975), в которой система лечения определена как комплекс лечебных мероприятий взаимодействующих друг с другом для достижения положительного результата.

Цель исследования: улучшение результатов реабилитации онкоурологических больных после оперативного лечения.

Материал и методы.

У 9 больных (рак почки, мочевого пузыря) послеоперационный период осложнился стойкой гипотонией (постгеморрагический шок – 3, бактериально-токсический шок – 6). Стандартная медикаментозная терапия, проводившаяся в отделении реанимации, в течение 12-72 часов не привела к стойкому восстановлению нормального артериального давления. Поэтому, предпринята попытка дополнить инфузионную терапию резонансно-волновыми технологиями, а именно - мультирезонансной терапией (МРТ) и СКЭНАР – терапией. МРТ проводили аппаратом для биорезонансной терапии "Имедис-БРТ" (Москва). Цель воздействия – регуляция тонуса кровеносных сосудов собственными волновыми колебаниями организма и внешними волновыми энергоинформационными копиями медикаментозных препаратов, нозодов и гомеопатических препаратов, регулирующих функцию вегетативной нервной системы и эндокринной системы. МРТ проводили на фоне продолжающегося внутривенного введения гормонов и вазотоников. После стабилизации цифр артериального давления (АД) прогрессивно снижали количество внутривенно вводимых медикаментов, но продолжали лечением МРТ, до полной стабилизации нормального АД при периодическом отключении МРТ. Время непрерывного лечения МРТ - от 1,5 до 6 часов (одна процедура), число процедур 1-2.

СКЭНАР – терапия это Высоковольтная Импульсная ЭлектроТерапия нейроадаптивным электростимулятором, разработанным ЗАО ОКБ "РИТМ" (Таганрог). Раздражение СКЭНАРом периферического нервного аппарата акупунктур-