

Результаты. При контрольном осмотре после одного курса химиотерапии у 15 больных рентгенологически отмечена частичная регрессия процесса, в том числе у 5 больных восстановление дыхательной функции легких в ранее ателектазированных участках, у 10 больных стабилизация процесса. После 2 курсов химиотерапии у 25 больных отмечена частичная регрессия процесса, эндоскопически у 8 проходимость бронхов восстановлена до сегментарных бронхов. Рентгенологически отмечена возможность операбельности процесса в 27 случаях. Из 30 больных подвергнуты хирургическому лечению 25 больных (у 2 больных отмечено противопоказание к хирургическому вмешательству в связи с присоединением сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, 2 больных отказались от операции, 1 больной не явился на продолжение лечения). Из 25 оперированных больных в 10 случаях произведена расширенная пульмонэктомия, а в 15 случаях расширенно-комбинированная пульмонэктомия с резекцией перикарда с интраперикардальной, раздельной обработкой сосудов корня легкого. В раннем послеоперационном периоде умерло

2 больных из-за нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности. Послеоперационное гистологическое исследование во всех случаях показало лекарственный патоморфоз III–IV степени. Послеоперационную лучевую терапию по радикальной программе получили 18 больных.

Выводы. Таким образом, использование новых противоопухолевых препаратов, в первую очередь ингибиторов топоизомеразы I (Этопозид) и таксанов в сочетании с производными платины, позволило повысить операбельность больных с местно-распространенным НМРЛ. Производные платины пока остаются основой современной комбинированной химиотерапии НМРЛ. Однако предоперационная неоадьювантная химиотерапия и химиолучевая терапия с последующей операцией могут считаться апробированным методом и рассматриваться как один из вариантов лечения при III стадии НМРЛ. Применение цитостатиков в режиме внутриартериального введения может улучшить непосредственные результаты лечения на 10–15 %, что даст возможность эффективно закончить лечение по выбранной программе.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАВИСТА ПРИ АНГИОГРАФИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

**Д.Т. Арыбжанов, Е.Э. Маклакова, В.Ш. Навесова, Г.Е. Тасбулатова,
Ж.Д. Сапарбекова**

*Южно-Казахстанская государственная медицинская академия,
областной онкологический диспансер, г. Шымкент, Казахстан*

Актуальность. Использование современных неионных йодсодержащих рентгеноконтрастных средств (РКС) с низкой осмотичностью и вязкостью значительно расширяет возможности получения диагностической информации с помощью рентгеновских лучей и проведения эндоваскулярных вмешательств. Неионные мономерные РКС типа Ультрависта (Иопромид – «Шеринг», Германия), отличаясь хорошей водорастворимостью и поэтому возможностью использования растворов с наивысшей концентрацией йода (370 мг йода/мл) и, следовательно,

наилучшей контрастирующей способностью, низкой вязкостью, низкой осмолярностью, позволяют снизить болевые ощущения во время внутрисосудистого введения и воздействие на почки, нервную и сердечно-сосудистую системы, дают наилучшие гарантии рентгенологам безопасности и одновременно диагностической эффективности. При использовании йопромиды (Ультрависта-370) в дозе 1–3 мл/кг при болюсном введении для целей у всех больных получена четкая визуализация интересующей зоны при отсутствии побочных реакций. Со-

гласно полученным результатам клинико-биохимических исследований, введение Ультрависта не влияет на реологические, функциональные и биохимические параметры крови, а также уровень гематокрита, количество тромбоцитов, эритроцитов, лейкоцитов и другие показатели, отражающие функцию сердечно-сосудистой системы, печени и почек. При этом важно подчеркнуть, что использование Ультрависта по сравнению с ионными РКС уменьшает чувство дискомфорта у больных, снижает величину их непроизвольных движений, способствующих возникновению артефактов, и улучшает визуализацию анатомических структур. Кроме того, в отличие от неионных димерных РКС (йодиксанол) не было выявлено способности йопромиды вызывать замедленные побочные реакции.

Цель работы изучить информативность применения нового, мономерного, неионного рентгеноконтрастного вещества ультравист для ангиографии артерий.

Материал и методы. За период с 2004 по 2006 г. в Южно-Казахстанском областном онкологическом диспансере выполнено 12 аортографий, 10 реновазографий, более 60 тазовых ангиографий, 15 ангиопульмонографий, более 30 ангиографий внутренних грудных артерий сонных артерий. Исследования проведены на специализированном рентгендиагностическом комплексе «Mercury» (Италия). Ультравист вводили внутриаартериально из расчета 20,0–50,0 мл препарата на одно исследование. Перед введением ультравист-300, 370 подогревали до температуры тела. Скорость введения составляла 2–25 мл/с. Катетеризация осуществлялась по методике Сельдингера через бедренные артерии антитромбогенными катетерами фирмы «Djonson&Djonson» и «Cook» диаметром 6–7 F (по French). Ангиография проведена у больных с различной онкологической патологией в возрасте от 14 до 70 лет (средний возраст 46 лет). Распределение больных по нозологиям было следующим: рак легкого – 15 больных, рак

печени – 12, рак почки – 10, рак гортани – 15, опухоли мягких тканей шеи и плеча – 30, рак шейки матки – 30 пациентов.

Результаты. Во время проведения ангиографии сосудов осложнений на введение ультрависта-300 и 370 не было. У 4 больных (3,6 %) после исследования наблюдались слабые побочные реакции в виде тошноты, чувства жара. В 5 случаях (4,5 %) отмечены умеренные побочные реакции (головокружение, тошнота, вазалгия, прилив крови к половине лица на стороне проведенной каротидной ангиографии, сердцебиение). По данным многих авторов, такие факторы, как предшествующие реакции на РКС, отягощенный аллергологический анамнез, бронхиальная астма, сахарный диабет, выраженная сердечная, почечная, печеночная недостаточность, заболевания щитовидной железы, возраст старше 60 лет, увеличивают риск развития побочных реакций и осложнений. В наших наблюдениях все пациенты с высоким риском осложнений ангиографические процедуры перенесли удовлетворительно. Следовательно, нами показано, что ультравист-300 и 370 обладают высокой диагностической информативностью. Качество контрастирования сосудов головного мозга во всех случаях применения препарата было очень высоким.

Выводы. Использование неионных контрастных средств типа Ультрависта в сочетании с современными методами ангиографии, эмболизации и эндоваскулярной хирургии позволяет получать изображения сосудистой системы и морфологических изменений внутренних органов отличного качества у больных любого возраста. Мы рекомендуем детям, пожилым людям, пациентам, находящимся в тяжелом состоянии, а также лицам с отягощенным аллергологическим анамнезом для снижения риска осложнений, связанных с реакцией на контрастное вещество, применять низкоосмолярное рентгеноконтрастное вещество ультравист-300 и 370.