

желудочной железы более адекватно обеспечивает отток экссудата из ложа селезенки и снижает частоту гнойно-воспалительных процессов.

### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЁГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ НАЧАЛА ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ**

*Б.Т. Жусупова, Н.А. Шаназаров*

Онкологический диспансер, г. Астана, Казахстан  
Тюменская ГМА, г. Тюмень, Россия

Известно, что мелкоклеточный рак легкого (МРЛ) характеризуется ускоренным ростом опухолевых клеток и, как следствие, высоким потенциалом метастазирования. Этот факт обеспечивает начальную чувствительность опухоли к цитостатикам, лучевому лечению, что и определяет выбор терапевтической тактики. Было показано, что проведение одной только химиотерапии в лечении пациентов с локализованным МРЛ сопровождается высоким количеством местных рецидивов - более чем у 75%. Дополнительное назначение лучевой терапии приводит к значительной, от 30% до 60%, редукции риска интраоракальных рецидивов болезни. Выбор оптимального времени начала проведения лучевой терапии (ЛТ) относительно химиотерапии остаётся до сих пор не решённым, как и вопрос о выборе дозы и режиме фракционирования лучевой терапии. Агрессивное противоопухолевое воздействие вызывает необходимость оптимизации схем полихимиотерапии, доз препаратов с целью уменьшения токсичности лечения.

Цель исследования: внедрить и оценить эффективность химиолучевого лечения мелкоклеточного рака лёгких в зависимости от времени начала лучевой терапии при проведении одновременного химиолучевого лечения.

Материал и методы: 139 больным с ограниченной стадией МРЛ было проведено не менее 4-6 циклов химиотерапии в сочетании с лучевой терапией. Обязательным условием для включения пациента в исследование было наличие морфологической верификации опухолевого процесса. Всем больным проводилась также лучевая терапия. Основное отличие между изучаемыми группами заключалось во времени начала проведения облучения опухоли по отношению к химиотерапии. Так, в группе I дистанционная гамма-терапия осуществлялась одновременно с лекарственным лечением, в группе II лечение выполняли последовательно, после завершения химиотерапии и купирования токсических реакций.

Результаты исследования.

Результативность химиолучевого лечения в обеих группах оказалась высокой. Показатели общей эффективности находились в пределах 70-80%, различия были статистически недостоверны. Частота полных ответов на лечение оказалась незначимо выше в группе раннего начала лучевой терапии, чем при её отсроченном проведении. Как известно, проведение одно-

временного химиолучевого лечения сопровождается более высокой токсичностью по сравнению с последовательными режимами. Нами так же отмечено увеличение частоты токсических реакций при раннем начале ЛТ в комбинации с химиотерапией. Обращает на себя внимание зависимость возникновения нежелательных явлений от варианта последовательности проведения ЛТ и ХТ. Так, наименьшая токсичность зарегистрирована в группе последовательного проведения ЛТ и ХТ. Лечение сопровождалось достоверным увеличением осложнений в группе раннего проведения ЛТ одновременно с ХТ.

Выводы.

Одномоментное проведение химиотерапии и лучевого лечения в составе комплексного лечения пациентов с ограниченным мелкоклеточным раком лёгкого увеличивает эффективность терапии при одновременном повышении частоты токсических реакций.

### **ПРОФИЛАКТИКА ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКОЙ БЛИЗОРУКОСТЬЮ**

*А.М. Кадьрова, Ф.Р. Ибадуллаев,  
С.А. Бабаев, З.И. Закирова*

Самаркандский ГМИ, г. Самарканд, Узбекистан

E-mail авторов: Farruh\_lafe@bk.ru

Проблема профилактики отслойки сетчатки до сих пор актуальна и тесно связана с компетентной диагностикой периферической витреохориоретинальной дистрофии (ПВХРД) сетчатки. По статистике, ПВХРД развивается у 30-40% миопов. Выбор правильной тактики при витреохориоретинальных нарушениях дискутируется и меняется по мере появления новых технических возможностей.

Цель исследования: анализ частоты патологии, требующий профилактического лечения лазеркоагуляции сетчатки, детальное исследование периферических отделов сетчатки, ранняя диагностика ПВХРД с целью профилактики возникновения отслойки сетчатки.

Материал и методы.

Нами было обследовано 50 пациентов (100 глаз) с врожденной миопией от 18,0 до 24,0 дптр. Возраст больных составил 18-30 ( $21,75 \pm 0,65$ ) лет. Мужчин было - 11, женщин - 39. При обследовании пациентов использовались следующие диагностические методы: визометрия, скиаскопия, биомикроскопия, прямая и обратная офтальмоскопия. Периферические отделы глазного дна осматривались с помощью 3-х зеркальной линзы Гольдмана.

Результаты исследования.

Картина глазного дна была разнообразной: на 65 глазах (65 %) отмечено наличие миопического конуса, на 20-и глазах (20%) - атрофия хориокапиллярного слоя хориоидеи, на 79-и глазах (79%) обнаружены пигментированные хориоретинальные очаги.

ПВХРД сетчатки выявлены у 36-и больных на 39 глазах (39% от общего количества обследованных глаз). У 3-х (8,3%) больных изменения носили биноку-

лярный характер, монокулярная патология диагностирована у 33-х (91,6%). Ресниччатая дистрофия наблюдалась у 12-и больных на 13-и (33,3%) глазах, гиперпигментация – у 7-и лиц на 7-и (17,9%) глазах, кистовидная дистрофия – у 3-х больных на 3-х (7,7%) глазах, ретиношизис – у 8-и больных на 10-и глазах (25,6%), хориоретинальная атрофия – на 1-м (2,6%) глазу, смешанная форма дистрофии сетчатки (ресниччатая дистрофия с гиперпигментацией) – на 1-м (2,6%) глазу. Разрывы сетчатки отмечались при ресниччатой форме дистрофии у 4-х больных на 4-х (10,3%) глазах.

Все эти виды ПВХРД подлежали лазерной коагуляции сетчатки с целью предотвращения возникновения ее отслойки, в связи этим они направлялись в лазерный центр при клинике глазных болезней Самаркандского медицинского института, где им проводилось лечение с целью ограничения дистрофических изменений сетчатки. Процедура проводилась на лазерной установке «VIZULAS 532». Больные находились под наблюдением в течение 5 лет. Состояние сетчатки было стабильным у всех больных.

**Выводы.** Своевременное выявление ПВХРД сетчатки с применением гониолинзы Гольдмана и принятие необходимых мероприятий в виде профилактической лазеркоагуляции сетчатки значительно уменьшает риск возникновения отслойки сетчатки, требующей хирургического лечения.

#### **ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МАГНИТОТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПОМОТОРНО-ЭВАКУАТОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

*К.В. Лядов, Т.В. Шаповаленко, Е.С. Пинтус*

Лечебно-реабилитационный центр, г.Москва, Россия

Нарушения моторной функции кишечника является одной из актуальных проблем современной абдоминальной хирургии, решение которой способствует снижению послеоперационных осложнений. В настоящее время использование импульсных магнитных полей высокой интенсивности (ВИМТ) клинически эффективно у пациентов с гипомоторно-эвакуаторными нарушениями.

**Цель исследования:** оценка эффективности применения импульсных магнитных полей высокой интенсивности (ВИМТ) в послеоперационном периоде при парезе кишечника.

**Материалы и методы.** Обследованы 37 пациентов в возрасте от 55 до 75 лет после субтотальной резекции желудка, гастрэктомии, гемиколэктомии. В послеоперационном периоде всем пациентам проведена традиционная медикаментозная терапия, которая у 20 человек сочеталась с магнитотерапией. Процедуры проводили ежедневно, 1-2 раза в день, по 9-12 мин., начиная со 2-го дня после операции. Величина магнитной индукции составила 1000-1400 мТл (интенсивность 70-99%) с интервалами 40-80 мсек.

Использовали отечественный аппарат «АМИТ-01». Клиническую эффективность оценивали по динамике общего состояния больных и клинико-лабораторным показателям.

**Результаты исследования.** Все пациенты лечение переносили хорошо, отрицательные реакции отсутствовали. У 80% пациентов на 3 сутки отмечено появление безболезненной перистальтики кишечника, позывы на дефекацию и через 3-4 часа самостоятельный стул, а у остальных – на 4 сутки. У пациентов с только медикаментозной терапией положительная динамика отмечена не ранее 5 суток лечения. Регулярное опорожнение кишечника в первом случае отмечено на 7-8, а во втором лишь на 10 сутки. Нормализация клинико-лабораторных показателей, свидетельствующих о глубине токсемии и эндотоксикоза и выраженное болеутоление у пациентов с магнитотерапией отмечена в достоверно более ранние сроки (на 2-3 дня раньше), в сравнении с пациентами только с медикаментозной терапией. Указанный эффект способствовал улучшению психоэмоционального состояния у всех пациентов с магнитотерапией и у 88,2% - с медикаментозной терапией.

Таким образом, включение ВИМТ в комплексное лечение пациентов с послеоперационным парезом кишечника, потенцирует противовоспалительный эффект и улучшает качество жизни.

#### **РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

*Ф.Х. Налгиева, Н.А. Шаназаров*

Онкологический диспансер, г. Астана, Казахстан  
Тюменская ГМА, г. Тюмень, Россия

Рак шейки матки (РШМ) часто осложняется острым кровотечением и болевым синдромом, что ограничивает применение лучевой и химиотерапии у таких больных, а консервативное лечение этого осложнения не всегда эффективно. Как правило, применяется хирургическое лигирование внутренних подвздошных артерий, которое является весьма травматичным вмешательством и, кроме того, вызывает быстрое развитие коллатералей, что сопровождается рецидивом кровотечения. В связи с этим в последнее время широкое распространение в лечении для остановки кровотечений различных заболеваний опухолевой и неопухолевой природы получила рентгеноэндоваскулярная окклюзия или эмболизация артериального русла. В гинекологической практике имеются лишь отдельные сообщения с описанием использования эмболизации маточных и внутренних подвздошных артерий для остановки кровотечений и уменьшения болевого синдрома при опухолях женских половых органов (тела матки и при лейомиоме).

**Цель исследования:** оценить эффективность использования эндоваскулярной эмболизации и химиоэмболизации в комбинированном лечении местнораспространенных форм рака шейки матки, осложненных кровотечением.

**Материал и методы.** Проведено обследование и наблюдение за 104 больными РШМ. Основными осложнениями заболевания являлись кровотечения из опухоли и вследствие этого - анемия. Все пациентки в зависимости от характера проводимой противоопухолевой терапии были разделены на 3 группы. В первой