

пухоловой патологией и предопухолевыми изменениями желудка.

Неотъемлемой частью диагностики и определения тактики лечения является динамическое наблюдение за данными пациентами с обязательным эндоскопическим исследованием и прицельной биопсией из стандартных точек и патологически измененных участков, с последующим цитологическим и гистологическим исследованием биопсийного материала.

В эндоскопическом отделении НИИ онкологии СО РАМН г. Томска амбулаторно проведено гастроскопическое исследование 166 пациентам с гастроэнтерологическими жалобами из поликлинической сети города. Впервые выявленный катаральный гастрит был установлен у 57 человек, атрофия различной степени выраженности – у 49 пациентов, острые эрозии желудка – в 18 случаях, язвенная болезнь желудка – в 8 случаях. Хронические гиперпластические эрозии были обнаружены у 28 человек, полипы и полипозы

желудка – у 4 пациентов и в 7 случаях отмечался гиперпластический гастрит. Критерием формирования групп повышенного онкологического риска явилось наличие предопухолевых изменений, таких как кишечная метаплазия и дисплазия. Из 166 пациентов после гистологического исследования биопсийных препаратов у 5 пациентов выявлена неполная кишечная метаплазия, в 13 случаях – полная кишечная метаплазия и в 11 случаях – дисплазия II-III степени. Данные пациенты вошли в группу повышенного онкологического риска.

Таким образом, формирование групп повышенного онкологического риска среди пациентов с предопухолевой патологией желудка и предопухолевыми изменениями позволит контролировать кишечную метаплазию и эпителиальную дисплазию различной степени выраженности как наиболее вероятный маркер процесса злокачественной трансформации.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ЛЕЧЕНИЕ ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ)

Е.П. КОМКОВА, Ю.А. МАГАРИЛЛ, Е.П. МОРОЗОВА

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер», г. Кемерово

Реабилитация больных раком молочной железы после радикального хирургического лечения – одна из важных проблем онкологической клиники. Ограничение подвижности в плечевом поясе, появление лимфатического отека верхней конечности, болевой синдром и другие факторы затрудняют возвращение к труду и риадаптацию большинства пациенток без специальных лечебно-реабилитационных мероприятий. Решение данной проблемы позволяет улучшить качество жизни пролеченных больных и увеличить число социальноадаптированных пациенток, способных вернуться к общественнополезной деятельности.

Цель исследования. Анализ опыта комплексного лечения лимфатического отека верхней конечности у больных раком молочной железы после хирургического лечения.

Материал и методы. В группе исследования было 130 больных раком молочной железы

(средний возраст – $49 \pm 0,47$ года), направленных в отделение восстановительного лечения онкологического диспансера для проведения лечебно-реабилитационных мероприятий. Критерием отбора больных для лечения было формирование у них лимфатического отека верхней конечности различной степени тяжести.

Больные с первой степенью лимфатического отека составили 30 %, второй – 61,5 %, третьей – 8,5 %. Давность появления отека – от одной недели до года (наибольшее число наблюдений (85%) – до двух месяцев). Ограничение объема движений верхней конечностью наблюдали у 29 больных (22,3 %), болевой синдром, парестезии в верхней конечности – у 74 больных (56,9 %). Перед началом реабилитации на этапе лучевой терапии находились 15 пациенток (11,5 %), химиотерапии – 86 (66,2 %), после завершения комбинированного лечения – 29 пациенток (22,3 %).

Комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий включал: 1) лимфодренаж верхней конечности при помощи аппарата прерывистой лимфатической компрессии (от 10 до 15 процедур); 2) медикаментозную терапию (флебодиа 600 по 1 таблетке в сут, детралекс по 500 мкг 2 раза в сут не менее двух месяцев); 3) «дренирующий» массаж верхней конечности с мазями «венитан», «венозол», «лиотон» и др. (в течение месяца 2 раза в сут); 4) лечебную физкультуру по программе реадaptации от 10 до 15 индивидуальных или групповых занятий. При необходимости больным оказывали психотерапевтическую и терапевтическую помощь. Пациенткам также рекомендовали соблюдать оптимальный питьевой и солевой режим.

Результаты. Критерием эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий была динамика клинических проявлений осложнений. Анализ проводимого лечения

показал, что восстановлена чувствительность верхней конечности, купирован болевой синдром у всех пациенток уже после 1-3 сеансов лимфодренажа. Явления лимфатического отека значительно уменьшились у 92 больных (70,8 %), остались без динамики у 24 больных (18,5 %), купированы у 14 больных (10,7 %). Эффективность лечения снижалась в зависимости от увеличения длительности анамнеза лимфатического отека конечности. Движения в плечевом поясе были восстановлены у всех больных (n=29) практически полностью (на 2-6 % меньше, чем на здоровой стороне).

Выводы. Дифференцированное применение комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий с целью купирования постмастэктомических осложнений позволило судить об их эффективности, подтвержденной клинико-динамическим исследованием.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ И СТРУКТУРЫ ПОТЕРЬ «ТРУДОВЫХ ЛЕТ» В РЕЗУЛЬТАТЕ СМЕРТНОСТИ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ

С.М. КОРНЕЕВ, Н.Э. КОСЫХ

Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Цель исследования: сравнение структуры онкологической смертности и структуры потерь «трудовых лет» в результате смертности от злокачественных новообразований на территории Хабаровского края.

Материал и методы. В исследовании использована база данных врачебных свидетельств о смерти заполненных в Хабаровском крае за период с 1992 по 2007 г. Прямым методом рассчитаны стандартизованные годовичные и среднегодовые показатели смертности («мировой» стандарт) для мужского и женского населения Хабаровского края. Кроме этого, как для мужчин, так и для женщин рассчитан показатель потерь «трудовых лет» (количество лет «недожитых» человеком до своего пенсионного возраста).

Результаты. У мужчин в структуре онкологической смертности на первом месте находится рак легкого ($66,9 \text{ ‰}$), далее следуют рак желудка ($31,0 \text{ ‰}$), рак поджелудочной железы ($10,3 \text{ ‰}$), рак ободочной кишки ($8,6 \text{ ‰}$) и рак пищевода ($8,1 \text{ ‰}$). В структуре потерь «трудовых лет» первые два места сохраняют рак легкого и рак желудка – 21683 чел./лет и 13712 чел./лет соответственно. На третьем месте находятся опухоли ЦНС (7411 чел./лет), потеснившие на четвертое место рак поджелудочной железы (5252 чел./лет). Рак гортани (3480 чел./лет) замыкает пятерку новообразований, определяющих наиболее крупные потери «трудовых лет» у мужчин.

В структуре онкологической смертности женщин первые пять мест занимают рак молоч-