

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 (ВИМП) клинически эффективно у пациентов с гипомоторно-эвакуаторными нарушениями.

Цель исследования: оценка эффективности применения импульсных магнитных полей высокой интенсивности (ВИМП) 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 ВИМП 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

группе (n=35) проводили рентгеноэндоваскулярную эмболизацию (РЭЭ) с последующей сочетанной лучевой терапией (СЛТ) в два этапа; 2 группа (n=34) - с проведенной рентгеноэндоваскулярной химиоэмболизацией (РЭХЭ) с последующей СЛТ в два этапа; контрольную группу составили 35 больных, получивших консервативную гемостатическую терапию и СЛТ в два этапа. Больным 1 и 2 групп предварительно была проведена консервативная гемостатическая терапия, при неэффективности которой назначались рентгеноэндоваскулярные вмешательства с последующей сочетанной лучевой терапией. По всем прогностическим параметрам все группы были идентичными, так как при отборе больных мы руководствовались принципом сопоставимости групп, что позволяет объективно оценить проведенные методы лечения.

Результаты исследования. У больных контрольной группы остановка кровотечения произошла после проведения гемостатической консервативной терапии. В 1 и 2 группах гемостатическая терапия не дала ожидаемого эффекта, что и послужило показанием для проведения рентгеноэндоваскулярных вмешательств. Проведение рентгеноэндоваскулярной эмболизации позволило в дальнейшем выполнить двухэтапную сочетанную лучевую терапию, включающую дистанционную телегамматерапию (ДТГТ) и внутриполостную брахитерапию. Осложнения после проведения рентгеноэндоваскулярных вмешательств были представлены в основном интоксикацией (у всех больных в 1 и во 2 группах), лейкопенией и подкожной гематомой в месте пункции бедренной артерии. Осложнения после рентгеноэндоваскулярных вмешательств купировались, как правило, в течение первых суток.

Выводы. Выбор метода рентгеноэндоваскулярной эмболизации или химиоэмболизации определяется особенностями анатомического строения снабжающих опухоль артерий, выраженностью сосудистого рисунка опухоли, а также вместимостью сосудистого русла. Наиболее выраженный противоопухолевый эффект рентгеноэндоваскулярных вмешательств с последующим первым этапом сочетанной лучевой получен в группе с химиоэмболизацией, где частичная регрессия опухоли в 2 раза больше, чем в группе с эмболизацией.

СИНЕРГЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

И.А. Новикова

Поморский ГУ им. М.В. Ломоносова, г. Архангельск, Россия

По своей частоте и распространенности онкозаболевания занимают одно из первых мест в общей структуре инвалидности и смертности. Давно установлена взаимосвязь между риском развития онкологических заболеваний и стрессом (Каплан Г.И. и др., 1994).

Цель исследования: разработка синергетической концепции онкологических заболеваний.

Новым методологическим инструментом изучения онкологических заболеваний может являться си-

нергетика – междисциплинарная наука о развитии и самоорганизации. Синергетическая модель онкологических заболеваний включает фракталы: предрасположения – семейный дизонтогенез, латентный – психогенный диатез, инициальный – предраковые состояния, развернутой клинической картины онкологического заболевания, хронизации – формы и типы течения онкологического заболевания, исхода – соматоневрологические осложнения онкологического заболевания.

Фрактал семейного дизонтогенеза является начальным при формировании онкологических заболеваний. Нарушения семейных взаимоотношений и распределения ролей могут способствовать формированию данной патологии. Термин «раковая» семья впервые введен с 1913 года (Акуленко Л.В., 2008).

Следующим является фрактал психогенного диатеза. Это нарушение психической адаптации организма к внешней среде или пограничное состояние, которое может трансформироваться в заболевание под влиянием экзогенных (стресс) и эндогенных (генетически обусловленные аномалии и т. п.) факторов. Он представляет собой один из вариантов специфического диатеза или предрасположения в общей группе психических диатезов. У человека, имеющего психогенный диатез, при воздействии внешних или внутренних факторов риска развиваются предраковые состояния (например, предраковые заболевания желудка (атрофический гастрит; язвы желудка, особенно плохо рубцующиеся; полипы желудка и др.). Воздействие специфических для онкологической патологии факторов риска в дальнейшем может привести к развитию клинической картины впервые возникшего заболевания. К факторам риска относятся: хронические стрессы, депрессия; курение; нарушения питания; контакт с канцерогенами (мышьяк, асбест, тяжелые металлы и др.); радиационное облучение.

Различные формы и типы течения онкологического заболевания отражают многовариантные особенности развития болезни. Особенности течения и формы онкологического заболевания зависят от воздействия психологических, социальных и соматических факторов.

К соматоневрологическим осложнениям онкологических заболеваний относят соматические осложнения, а также психические расстройства невротического и психотического уровней, являющиеся следствием влияния на психику соматического заболевания. Соматоневрологические осложнения являются исходом длительно текущего заболевания. Психические расстройства различной степени выраженности при онкологической патологии – частое явление. Онкологический процесс выступает в двух важных психологических аспектах. С одной стороны (психогенной), диагноз заболевания, традиционно причисляемого к группе неизлечимых, превращает один лишь факт заболеваемости в серьезную психическую травму, способную сформировать психические нарушения психогенно-реактивного характера. С другой стороны (соматогенной), онкологическая патология может рассматриваться как один из наиболее тяжелых в соматическом плане фактор, с комплексом психической и физической астении, истощением, существенно влияющим на психическую деятельность и формирующим соматогенные психические расстройства.