

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 терапии 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.

Биопсихосоциальная синергетическая модель формирования онкологических заболеваний требует внедрения мультидисциплинарных бригадных форм организации профилактики, коррекции и реабилитации.

### **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ**

*М.И. Рустамов, Р.Р. Гафаров*

Самаркандский ГМИ, Узбекистан

Несмотря на множество оперативных методов лечения, частота осложнений и рецидивов при парапроктитах остается высокой и составляет 15-30%. В проктологическое отделение клиники СамМИ в 2004-10 гг. госпитализировано 120 больных с ишиоректальным парапроктитом. Из них 74 мужчин, 46 женщин в возрасте от 19 до 71 лет (средний - 43,8 лет). Проводилось экстренное оперативное вмешательство под общей или перидуральной анестезией с широким рассечением, промыванием полости с антисептическими растворами и дренированием параректальной клетчатки. Антибактериальная терапия осуществлялась лимфотропным введением лекарственного препарата. Из 120 больных 96 больным в комплексное лечение было включено введение антибиотиков в регионарные лимфатические пути. Инъекции антибиотика предшествовала инъекция вещества-проводника, в качестве которого нами использован раствор 64 ЕД лидазы в 1 мл 0,5% новокаина. Наши данные показали, что исчезновение боли у пациентов наблюдалось через  $1,3 \pm 0,7$  дня; исчезновение гиперемии кожи вокруг раны через  $1,7,0 \pm 0,3$ ; прекращение экссудации из раны на  $2,1 \pm 0,9$  суток; рассасывание инфильтрата через  $2,0 \pm 0,5$  дня; начало гранулирования на  $3 \pm 1$  сутки. Средняя убыль площади раневой поверхности за 5 дней была равна 26,2%. Срок госпитализации сократился до 6-7 дней, чем в контрольной группе у 24 больных, срок госпитализации которых равнялся 9-10 дней.

Таким образом, предложенный нами метод имеет преимущество перед традиционными методами лечения тем, что ускоряет процессы ограничения воспаления и рассасывания инфильтратов.

### **ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*А.Г. Сняков, П.Б. Зотов, В.В. Вишневков*

Тюменский ООД, г. Тюмень, Россия

В России, как и во многих странах мира, рак молочной железы (РМЖ) занимает ведущее место в структуре онкологической заболеваемости у женщин (Чиссов В.И., 2009). Масштабные научные исследования свидетельствуют, что внедрение в последние годы современных скрининговых программ во многих регионах страны способствовало повышению показате-

лей выявления РМЖ на ранних стадиях. Это позволило увеличить долю больных, получающих комплексное лечение, повысить терапевтический эффект и снизить показатели смертности (Семиглазов В.Ф., 2003; Сняков А.Г. и соавт., 2009; Harris J., 2004 и др.).

Последующий этап динамического наблюдения женщин 3 клинической группы диспансерного учета, в отличие от первичного скрининга, не претерпел каких-либо значительных организационных изменений в течение многих десятилетий. Между тем, вопрос раннего выявления рецидива и метастазирования имеет высокую медицинскую и социальную значимость. Известно, что прогрессирование РМЖ наиболее часто проявляется гематогенным метастазированием с поражением костной системы, легких, печени и головного мозга. Своевременная диагностика симптомов вторичного поражения этих органов повышает эффективность всех методов лечения. Это ведет к снижению риска возникновения осложнений характерных для РМЖ (патологический перелом позвоночника, хронический болевой синдром и др.), и в конечном итоге улучшает показатели выживаемости, социальной адаптации и качества жизни данной категории больных (Давыдов М.И., 2008 и др.). Многочисленные научные публикации отражают самые различные аспекты этой работы. Однако комплексного решения вопроса, как с организационных позиций, так и системного практического внедрения имеющихся методов третичной профилактики, не представлено. Действующие в настоящее время руководящие документы по организации онкологической помощи так же не дают однозначного ответа. В связи с этим актуальными являются исследования, направленные на поиск новых подходов к организации системы третичной профилактики, системному внедрению, рациональному использованию инновационных технологий диагностики и лечения на всех этапах динамического наблюдения больных РМЖ.

В Тюменском ООД в течение ряда лет проводится планомерная работа по организации региональной системы третичной профилактики при РМЖ. С целью обоснования каждого элемента системы проводились комплексные исследования по оценке факторов риска для основных клинически значимых зон вероятностного метастазирования, определению ключевых этапов в нарушении маршрутизации и ошибок в тактике ведения больных в период динамического наблюдения в системе «участковая поликлиника – онкологический диспансер». На основании полученных данных разработаны типовые программы системы диагностики, функционирующие в системе спецрегистра.

### **ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

*Д.В. Фокин, В.А. Дударев*

ГБ № 20 им. И.С. Берзона, г. Красноярск, Россия

Проблема желчнокаменной болезни приобрела социальный характер из-за распространенности заболевания. В лечении неосложненного холецистолитиаза