

ского Государственного Медицинского института. Нами были изучены эффективность одновременного интравитреального введения Фортума и Дексаметазона у 20 больных с эндофтальмитом. Возраст пациентов колебался от 5 до 60 лет, средний возраст составлял 18 лет. Из них 13 пациентов мужского пола и 7 женского. Правосторонний эндофтальмит наблюдали в 12 случаях, левосторонний - в 8 случаях. Продолжительность эндофтальмита от 2-х до 20 дней.

В протоколе исследования были включены подробный сбор анамнеза, тщательный общий осмотр и осмотр глаз, включающий осмотр передней камеры, заднего сегмента, остроты зрения, ВГД, осмотр щелевой лампой, R-графия орбиты в двух проекциях с применением протеза Комберга-Балтина для исключения и локализации инородного тела, эхофтальмобиометрия и состояние заднего сегмента (А-В сканирование). Детям мы использовали общую анестезию при помощи внутривенного введения кетамина. Для взрослых использовали ретробульбарную анестезию 2% раствором лидокаина в количестве 6 мл, а также эпibuльбарное закапывание 0,5% раствора дикаина.

Фортум и Дексаметазон вводили одновременно интравитреально по обычной методике и в обычных дозировках. Пациентов выписывали на 3-4 день.

Все клинические симптомы до и после операции регистрировались.

Результаты исследования: операции во всех случаях протекали без осложнений. В раннем послеоперационном периоде наблюдалась умеренная инъекция глазного яблока, небольшой отек роговицы, уменьшение и исчезновение гипопиона, а также появление слабого рефлекса со дна глаза при выписке больных. Мы наблюдали достаточно удовлетворительные результаты восстановления зрения. У 8 пациентов (40% случаев) острота зрения достигла до 0,2, у 12 - (60% случаев) - от движения рук у лица до 0,08. Нами установлена прямая зависимость между сроком эндофтальмита и восстановлением зрительных функций.

Вывод: Одновременное введение Фортума и Дексаметазона является методом выбора лечения у больных с эндофтальмитом. При отработанной хирургической техники и тщательном отборе пациентов метод считается безопасным.

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗНЫХ СХЕМ ХИМИОТЕРАПИИ, ПРОВЕДЕННЫХ БОЛЬНЫМ РАКОМ ЯИЧНИКОВ**

*А.В. Вовк, Н.А. Шаназаров*

Тюменский ООД, г. Тюмень, Россия  
Тюменская ГМА Росздрава, г. Тюмень, Россия

Известно, что «золотым» стандартом первой линии химиотерапии больных распространенным раком яичников признан режим ТСb: паклитаксел (таксол) + карбоплатин АUC=7 (6-8 циклов). Однако, несмотря на то, что в течение последних 10 лет комбинированные режимы, содержащие производные платины и таксановые препараты, являются общепринятым стан-

дартом терапии 1-й линии, опыт использования этого современного метода лечения в России невелик. Это обусловлено, в первую очередь, отсутствием унифицированных программ терапии и адекватного лекарственного обеспечения онкологических учреждений. Активный поиск наиболее эффективной комбинации химиотерапии (ХТ) 1-й линии лечения продолжается, как правило, за счет создания новых схем и модификации режимов на основе уже имеющегося стандарта. Цель этого поиска – максимальное удлинение безрецидивного периода и, вследствие этого, увеличение выживаемости. В этой связи необходим поиск схемы ХТ, которая не уступала бы в эффективности схеме комбинации таксола с карбоплатином или цисплатином, но была бы значительно выгоднее с экономической точки зрения.

Цель исследования: сравнительная оценка клинической и экономической эффективности паллиативных курсов ХТ, проведенных больным раком яичников IIIc-IV стадий по схемам TP (ТС), CC (CP) и CAP.

Материал и методы. В гинекологическом отделении Тюменского ООД 104 больным раком яичников проведены курсы ХТ по различным схемам в качестве химиотерапии 1-й линии. Показаниями к использованию схем были: морфологически подтвержденный диагноз; IIIc-IV стадии РЯ (стадирование осуществлялось на основании классификации FIGO); отсутствие ранее проводимой лекарственной или лучевой терапии по поводу РЯ; возраст 40-59 лет; сохранная функция костного мозга, печени, почек. Химиотерапию проводили по следующим схемам: группа 1 (29 больных) – схема TP и ТС; группа 2 (38 пациенток) – схема CAP; группа 3 (37 пациенток) – схема CC и CP. Группы пациентов были сопоставимы между собой по общим характеристикам, стадиям заболевания, степеням дифференцировки опухолей.

Результаты исследования. По сравнению с первой группой (схемы TP и ТС) во 2 (схема CAP) и 3 (схема CC и CP) группах пациенток показатель общей эффективности практически не отличался. При этом во 2 группе были выше показатели полной ремиссии (ПР) и стабилизации, а показатель частичной ремиссии (ЧР) был ниже. Кроме того, во время и после проведения лечения оценивали частоту возникновения и степень выраженности осложнений ХТ. Данные показатели во всех трех группах были статистически незначимы. Во всех случаях осложнения ХТ были успешно купированы применением традиционных консервативных мероприятий. Отмены лечения или снижения дозы из-за токсичности не было.

Выводы. Результаты проведенного исследования подтверждают достаточно высокую эффективность ХТ по схеме CAP, не уступающую в эффективности ХТ по схемам TP (ТС) и CC (CP) и возможность использования ее в качестве 1-й линии паллиативной ХТ рака яичников в онкологических учреждениях практического здравоохранения. При этом экономия для лечебного учреждения составляет в среднем стоимость 1,2 лечебного дня на каждого пациента.

### **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ**

## ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

А.А. Дударев, А.М. Сухоруков,  
В.Н. Большаков, В.А. Дударев

Красноярский ГМУ им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Россия

Эмпиема плевры является опасным осложнением воспалительных заболеваний легких, травм груди и оперативных вмешательств. За последнее десятилетие отмечается устойчивый рост заболеваемости острой пневмонией, которая в 4% случаев осложняется развитием эмпиемы плевры (Чучалин А.Г., 2009; Light R.W., 2006). Развитие методик малоинвазивной хирургии, оперативной торакоscопии нашло свое применение в лечении больных с острой метапневмонической эмпиемой плевры. Поиск критериев сроков выполнения тех или иных приемов оперативной торакоscопии, сроки выполнения этапных торакоscопий является и сегодня не решенной проблемой, что и определило цели к задаче нашей работы.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных эмпиемой плевры путем совершенствования хирургического пособия.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов лечения 209 больных эмпиемой плевры, находившихся в клинике городской больницы им. И.С. Берзона № 20 г. Красноярск с 2005 по 2010 годы. Среди наблюдавшихся больных было 170 мужчин и 39 женщин. Средний возраст пациентов составил  $46,1 \pm 1,5$  лет. Референтную группу составили 103 пациента, получавших традиционное лечение, исследуемую группу – 106 больных, у которых изучалась эффективность внедряемых методов. У пациентов референтной группы с лечением проводилось по традиционному лечебному алгоритму. В исследуемой группе лечебная тактика зависела от степени ригидности легкого. У больных исследуемой группы для выбора метода программированных этапных торакоscопий, режима аспирации и определения показаний к выполнению оперативных вмешательств, наряду с общепринятыми критериями, нами использовалась оценка степени ригидности легкого. Ригидность легкого определяли во время рентгеноscопии при создании дозированного разряжения в плевральной полости. Выделяли пять вариантов нарушения расправления легкого (степеней ригидности).

Результаты и обсуждение: Выбор оптимального метода санации плевральной полости у больных закрытой распространенной и тотальной эмпиемой плевры с частично нарушенной способностью легкого к расправлению (I–II степень ригидности легкого) представлял известную сложность. С этой целью нами изучалась эффективность локальной протеолитической терапии, видеоторакоscопии и комбинации обоих методов. Пациентам группы с протеолитической терапией в плевральную полость в течение 6 дней вводили 200–400 ПЕ терридеказы. Пациентам группы с видеоторакоscопического лечения в течение 2-х сут плевральную полость промывали растворами антисептиков, а на 3-и сут под местной анестезией выполняли видеоторакоscопическую санацию плевральной полост-

ти. Для санации плевральной полости было использовано устройство УРСК 7Н-22, позволяющее измельчать фибриновые напластования без травматизации подлежащих тканей. Пациентам группы комбинированного лечения проводилась видеоторакоscопическая санация так же, как и у пациентов предыдущих групп, но в течение первых 2-х сут до и 3-х сут после видеоторакоscопической санации в плевральную полость вводили по 200–400 ПЕ терридеказы.

Выводы: Определение оптимальных сроков выполнения программированных этапных торакоscопий, сократить длительность первичного стационарного лечения больных с острой эмпиемой на 24% (на  $9,32 \pm 1,2$  дней) и уменьшить время трудовой реабилитации в 1,29 раз. Выполненные в оптимальные сроки программированные этапные торакоscопии снижают процент формирования хронической эмпиемы плевры в 6,68 раз. Разработанные алгоритмы торакоscопического лечения позволяют стандартизировать тактику лечения и систематизировать известные и вновь предложенные оперативные приемы.

## УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, КОМПЬЮТЕРНАЯ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

В.А. Дударев, В.О. Складнева

Красноярский ГМУ им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Россия

E-mail авторов: dudarev-va@yandex.ru

Своевременная и точная диагностика абсцессов печени является одной из актуальных проблем хирургии. Дифференциация от других очаговых изменений, характеризующихся большим разнообразием, остается сложной задачей.

Цель работы: определение возможностей применения ультразвука в диагностике и неотложном лечении бактериальных абсцессов и кист печени.

Материалы и методы. За 7 лет в клинике лечились 22 ребенка с бактериальными абсцессами печени и 25 детей с непаразитарными кистами печени. Среди них было 26 девочек и 21 мальчиков в возрасте 5–14 лет. Применены (в различных сочетаниях) следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, УЗИ или КТ, лапароскопия, цитологическое и бактериологическое исследование содержимого абсцесса или кисты. Для УЗИ использовали аппарат «Dornier-5200» в режиме цветного доплера с применением датчиков 3,5 и 5 мГц. Чрескожные диагностические пункции выполнялись иглами 18–22G. Дренажирование абсцесса или нагноившейся кисты проводили путем установки дренажа по Сельдингеру. Для билиарного дренажирования применяли самофиксирующиеся дренажи «Meadox» и «Cook».

Результаты и обсуждение. В зависимости от времени существования (фазы формирования или уже сформировавшихся) абсцессы печени характеризовались относительной четкостью контуров, наличием пиогенной оболочки, гетерогенностью внутреннего