

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, Р-графия орбиты в двух проекциях с применением протеза Комберга-Балтина для исключения и локализации инородного тела, эхоофтальмобиометрия 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 AUC=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