

УЛЬТРАВИСТ ДЛЯ АНГИОГРАФИИ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Д.Т. АРЫБЖАНОВ, Е.Э. МАКЛАКОВА, Г.Е. ТАСБУЛАТОВА

*Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент
Южно-Казахстанский областной онкологический диспансер, г. Шымкент*

Актуальность. Использование современных рентгеноконтрастных средств (РКС) с низкой осмотичностью и вязкостью значительно расширяет возможности получения диагностической информации при проведении эндоваскулярных вмешательств. Неионные мономерные РКС типа Ультрависта (Йопромид – «Шеринг», Германия), отличаются хорошей водорастворимостью, что позволяет снизить болевые ощущения во время внутрисосудистого введения, уменьшает воздействие на почки, нервную и сердечно-сосудистую системы и дает рентгенологам наилучшие гарантии безопасности и диагностической эффективности. Использование йопромиды (Ультрависта-370) в дозе 1–3 мл/кг для ангиографических исследований и рентгенохирургии, компьютерной томографии, урографии, при отсутствии побочных реакций, у всех больных позволяет получать четкую визуализацию интересующей зоны. Согласно результатам клинко-биохимических исследований, введение Ультрависта не влияет на реологические, функциональные и биохимические параметры крови, а также на показатели, отражающие функцию сердечно-сосудистой системы, печени и почек. Важно подчеркнуть, что по сравнению с ионными РКС использование Ультрависта уменьшает чувство дискомфорта у больных, снижает величину их непроизвольных движений, способствующих возникновению артефактов, и улучшает визуализацию анатомических структур.

Цель исследования. Изучить информативность применения нового, мономерного, неионного РКС Ультравист для ангиографии у онкологических больных.

Материал и методы. За период с 2004 по 2007 г. в Южно-Казахстанском областном онкологическом диспансере выполнено 15 аортографий, 12 реновазографий, более 70 тазовых артериографий, 17 ангиопульмонографий, более

100 ангиографий внутренних грудных и сонных артерий. Исследования проведены на специализированном рентгендиагностическом комплексе «Mercury» (Италия). Ультравист вводили внутриаптериально из расчета 20,0–150,0 мл препарата на одно исследование. Перед введением ультравист-300, 370 подогревали до температуры тела. Скорость введения составляла 2–25 мл/с. Катетеризация осуществлялась по методике Сельдингера через бедренные артерии антитромбогенными катетерами фирмы «Cordis» и «Cook» диаметром 6–7F (по French). Ангиография проведена у больных с различной онкологической патологией в возрасте от 14 до 70 лет (средний возраст – 46 лет). Распределение больных по группам в зависимости от выявленной онкологической патологии было следующим: рак легкого – 17 больных, рак печени – 20, рак почек – 12, рак гортани – 25, опухоли мягких тканей – 35, рак шейки матки – 50 больных.

Результаты. Во время проведения ангиографии сосудов осложнений на введение Ультрависта-300 и 370 не было. У 6 больных (3,77 %) после исследования наблюдались слабые побочные реакции в виде тошноты и чувства жара. В 5 случаях (3,1 %) отмечены умеренные побочные реакции (головокружение, тошнота, вазалгия, прилив крови к половине лица на стороне проведенной каротидной ангиографии, сердцебиение). По данным литературы, отягощенный аллергологический анамнез, бронхиальная астма, сахарный диабет, выраженная сердечная, почечная и печеночная недостаточность, заболевания щитовидной железы, возраст старше 60 лет значительно увеличивают риск развития побочных реакций и осложнений на рентгеноконтрастные препараты. В наших наблюдениях все пациенты с высоким риском осложнений при проведении ангиографических процедур, перенесли ее удовлетворительно.

Выводы. Использование Ультрависта в сочетании с современными методами ангиографии и эндоваскулярной хирургии позволяет получать изображения сосудистой системы и морфологических изменений внутренних органов отличного качества у онкологических больных любого возраста и обладает высокой диагности-

ческой информативностью. Для снижения риска осложнений на контрастное вещество у детей, пожилых людей, пациентов, находящихся в тяжелом состоянии, а также у лиц с отягощенным аллергологическим анамнезом мы рекомендуем применять низкоосмолярное рентгеноконтрастное вещество Ультравист-300 и 370.

КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

О.Н. АСАДЧИКОВА

ГУ «НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН»

Актуальность. Рак эндометрия (РЭ) занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости женского населения развитых стран мира. В последнее десятилетие отмечено возрастание заболеваемости РЭ с тенденцией к увеличению числа заболевших женщин в перименопаузальном периоде. Однако сохраняется превалирование больных РЭ постменопаузального периода.

Цель исследования. Изучить клиничко-метаболические особенности у больных РЭ в постменопаузальном периоде.

Материал и методы. В исследование были включены 114 больных РЭ, проходивших лечение в отделении онкогинекологии ТНЦ СО РАМН. Все пациентки были разделены на две группы: I группа – 81 (71,1 %) больная РЭ, которая на момент постановки диагноза злокачественного новообразования находилась в постменопаузальном периоде, средний возраст больных составил $60,9 \pm 0,8$ года; II группа – 33 (28,9 %) больных РЭ в перименопаузальном и репродуктивном периодах, средний возраст – $47,2 \pm 0,9$ ($p < 0,05$). Во II группе доля больных РЭ в возрастной группе до 45 лет составила 9 (27,3 %).

Результаты. Средний возраст наступления менопаузы в I группе был $50,3 \pm 0,44$ года, а длительность постменопаузы в среднем – $10,6 \pm 0,8$ года. У больных РЭ постменопаузального периода частота сопутствующих нарушений углеводного обмена составила 54 (66,7 %), во II группе – 14 (42,4 %) ($p < 0,05$). На первом месте среди нарушений углеводного обмена в

I группе был сахарный диабет II типа (35,2 %), а во II группе – ожирение (57,2 %). ИМТ в среднем в I группе составил $31,5 \pm 0,6$ кг/м², а во II группе – $28,3 \pm 1,1$ кг/м² ($p < 0,05$). У больных I группы гипертоническая болезнь наблюдалась у 62 (76,5 %) пациенток, во II – у 13 (39,4 %), атеросклероз – у 21 (25,9 %) и 2 (6,1 %) соответственно ($p < 0,05$). Все больные в зависимости от риска прогрессирования заболевания были разделены на подгруппы «низкого», «промежуточного» и «высокого» риска (Gerbaulet A., ESMO course «Gynecologic Tumors», 2006). В I группе «низкий» риск прогрессирования был выявлен у 14 (17,3 %), «промежуточный» – у 28 (34,6 %), «высокий» – у 39 (48,1 %) больных. Во II группе – 9 (27,2 %), 12 (36,4 %), 12 (36,4 %) соответственно. Частота рецидивирования в I группе была выше и составила 9 (11 %), а во II группе – 2 (6 %). Не выявлено ни одного случая рецидивирования процесса после проведенного лечения у больных с «низким» риском прогрессирования в обеих группах. Наибольший процент рецидивов наблюдался у больных РЭ постменопаузального периода с «высоким» риском прогрессирования и составил 63 %. При изучении двухгодичной безрецидивной выживаемости по методу Каплан–Майера в I группе она составила 87 %, во II группе – 95 % ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, у больных РЭ в постменопаузе можно выделить следующие особенности: высокая частота нарушений углеводного обмена, в том числе СД II типа, сопутствующие патологии (атеросклероз, гипер-