

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ СЕМИОТИКА МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ

Сирота В.Б., Цаюкова Н.А., Чапаган Д.А.,

Евстафьев Е.Б., Дзюбина Т.С., Панибратец А.П., Шерстов С.Ю.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

КГКП «Областной онкологический диспансер», Караганда, Казахстан

Задачи исследования: выявление информативности результатов УЗ-методов исследований с целью ранней диагностики флеботических осложнений полихимиотерапии (ПХТ) рака молочной железы (РМЖ).

Материалы и методы исследования. В исследование включены 62 пациентки РМЖ, средний возраст 56,2 года, получавших лечение в Карагандинском ООД в 2011 году. Первая стадия РМЖ диагностирована у (43,5±6,3)% больных, IIa стадия – у (37,1±6,1)%, IIb стадия – у (12,9±4,3)%, IIIa стадия – у (4,8±2,7)%, IIIb стадия – у (1,6±1,6)% пациенток. На момент обследования (53,2±6,3)% больных получали неоадьювантную ПХТ от одного до трех курсов, (30,6±5,9)% пациенток были после комбинированного, (16,1±4,7)% – после комплексного лечения. Инструментальное исследование включало ультразвуковое дуплексное и триплексное сканирование сосудов, которое выполнялось на УЗ-сканерах SonoAse (Medeson) с использованием конвексных датчиков 3,5-6,5 МГц и линейных датчиков с частотой 5-9 МГц. Ультразвуковое исследование выполнялось как минимум трижды во время нахождения в стационаре, а также спустя 2, 3 и 6 мес. после выписки. При ультразвуковом обследовании вен нижних конечностей больных РМЖ определяли следующие параметры: увеличение просвета вены и толщины стенки более, чем в два раза, компрессивность вены, визуализацию тромба, пробу Вальсальвы.

Результаты. Из 62 обследованных больных у 22 пациенток диагностировали тромбоз вен нижних конечностей. При ультразвуковом дуплексном сканировании в норме вены нижних конечностей характеризовались эхонегативным просветом. В некоторых случаях при медленной скорости кровотока наблюдали эффект «спонтанного контрастирования просвета» в виде перемещения скоплений форменных элементов крови. Толщина стенок вен не превышала 2 мм, их внутренняя поверхность была гладкой, без пристеночных наложений. Часто

в просвете вен визуализировались створки клапанов. Диаметр просвета вены при спокойном дыхании в положении лежа был больше диаметра корреспондирующей артерии, но превышал ее двух диаметров. Просвет крупных вен немного изменялся в соответствии с дыхательными движениями. Спонтанный кровоток регистрировался в крупных и средних венах нижних конечностей. В мелких венах, таких как вены голени и стопы спонтанный кровоток в большинстве случаев отсутствовал и регистрировался только при дистальной компрессии или компрессии датчиком. В венах нижних конечностей регистрировался фазный кровоток, соответствующий дыхательным циклам.

Практически у всех больных выявлены ультразвуковые характеристики сосудистой патологии вен нижних конечностей: у (35,5±6,1)% пациенток – увеличение просвета и толщины вены более, чем в два раза и положительная проба Вальсальвы, у (38,7±6,2)% – визуализация тромба и у (66,1±6,0)% – компрессивность вены.

У больных РМЖ на фоне проводимой комплексной терапии выявлена достоверная прямая корреляционная зависимость между возникновением тромбоза вен нижних конечностей и стадией опухолевого процесса ($p < 0,000006$), группировкой по системе TNM ($p < 0,000009$), химиотерапией по схеме CMF ($p < 0,0003$) и лучевой терапией ($p < 0,00004$), а также при увеличении просвета вены более, чем в два раза ($p < 0,002$), утолщении стенки вены более 2 мм ($p < 0,002$), положительной пробе Вальсальвы ($p < 0,002$), отрицательная корреляционная зависимость – при положительной компрессивности вен ($p < 0,003$).

Выводы: Показатели УЗТ исследования сосудистой стенки являются информативными УЗ-критериями тромботических осложнений вен нижних конечностей у больных РМЖ.

ФАКТОРЫ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Афонин Г.А., Толстикова А.Ю.

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК

Онкологические больные представляют собой особую группу пациентов, обнаруживающих нарушения адаптивных механизмов, возникающие в ответ на диагноз злокачественного новообразования или как следствие долговременного противоопухолевого лечения. Соответственно подход к коррекции таких состояний должен быть дифференцированным, но всегда ориентированным в первую очередь на личность пациента и его ближайшее окружение. Терапия расстройств психической сферы определяется принципами паллиативной медицины, где учитывается ряд факторов: стадия заболевания, перспективы для больного и улучшение качества жизни. Психотерапевтическая работа с данной группой пациентов может касаться экзистенциального полюса рассматриваемой проблемы, поведенческого звена, телесно-ориентированной направленности, развития духовных практик.

Терапия психотических вариантов изменений в психике с наличием расстройств сознания имеет соматогенную направленность. Это в первую очередь дезинтоксикационная терапия, применение гормонов при явлениях отека мозга и ней-

ролептиков для снятия возбуждения и тревоги. Применяются и препараты, купирующие болевые пароксизмы. Поскольку большинство онкологических больных беспокоят психосоциальные нарушения, очевидна необходимость информационной и психологической поддержки этого контингента пациентов. Такая поддержка может заключаться в следующем:

- Принятие адекватных решений в отношении скрининга и лечебных процедур.
- Управление (там, где это возможно) нежелательными и побочными эффектами лечения.
- Изменение связанных со здоровьем особенностей поведения (таких как отказ от курения, рациональная диета или физическая активность),
- Улучшение психосоциального благополучия.

Большинство психологических вмешательств сосредотачивает внимание на улучшении эмоционального благополучия пациента путем модификации факторов нарушения адаптации. Пациенты могут получать возможность по-разному оценивать стрессовые ситуации, тем самым фокусируя внимание на

только на негативных аспектах болезни, но также обращая внимание на позитивные стороны жизни. Вместо концентрации внимания на неконтролируемых аспектах заболевания (таких как течение опухолевого процесса и его прогноз) пациентов можно стимулировать к поиску ситуаций, или переключения внимания на другие сферы жизни (такие как работа или семья) – включение экзистенциального и когнитивно-поведенческого звеньев.

Доказано, что психосоциальные вмешательства - как индивидуальные, так и групповые, эффективны в улучшении психоэмоционального благополучия пациента. Большинство вмешательств основываются на образовательных и познавательных поведенческих перспективах, тем самым фокусируя

внимание больного на текущих проблемах, позитивно воздействуя на мысли, эмоции и поведение, устраняя тем самым иррациональные мысли и модели поведения. У пациентов онкологического профиля психоэмоциональные нарушения, возникающие в результате заболевания и лечения, часто взаимодействуют с существующими проблемами индивидуального характера (особенности личности, наличие травмирующих психических ситуаций в прошлом, наличие в анамнезе депрессий, сопутствующих тяжелых соматических заболеваний). Эти факторы также необходимо принимать во внимание при рассмотрении вопроса коррекции психоэмоционального и реабилитационного потенциала онкологического больного.

ФИБРОЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ГЛОТКИ

Мустагалиева А.С.

Атырауский онкологический диспансер. Махамбетская ЦРБ

Цель исследования: провести анализ фиброэндоскопического (ФЭС) исследования опухолей глотки.

Материалы и методы исследования: фиброэндоскопическое исследование проведено у 126 больных.

Результаты: злокачественные опухоли ротоглотки составили - 37 случаев (29,4%), носоглотки - 31 (24,6%) и гортаноглотки - 58 (46,0%). Средний пик заболеваемости находится в возрастной группе 51-60 лет, а средний возраст составляет 49,4±4,4, соотношение мужчин и женщин 3:1.

ФЭС исследование при новообразованиях ротоглотки нет необходимости проводить, за исключением случаев с подозрением на поражение задней поверхности небной занавески. Исследование носоглотки позволило определить форму роста опухоли (23,73% - экзофитная, 18,64% - эндофитная, 57,63% - смешанная). У 4 больных обнаружена клинически не определяемая опухоль при наличии шейных метастазов и у 2 исключен диагноз злокачественного новообразования. ФЭС исследование у больных опухолями гортаноглотки показало, что данная методика позволяет в деталях оценить состояние слизистой оболочки перепончатого (проксимального) отдела – состояние передней, медиальной и наружной стенок, дна грушевидного синуса, отдифференцировать от новообразования шейного отдела пищевода. Однако хрящевой (дистальный) отдел, зажатый между печаткой перстневидного

хряща и телами шейных позвонков, недоступен для данного вида исследования.

Заключение:

Показаниями для проведения фиброэндоскопического исследования могут служить:

- подозрение на злокачественную опухоль в той фазе, когда она не имеет выраженных субъективных и объективных симптомов;
- необходимость проведения четкой топической диагностики и определения формы роста;
- возможность определения границ распространения опухоли, что позволяет спланировать рациональную тактику лечения;
- исключить наличие злокачественной опухоли или отдифференцировать злокачественный процесс от других заболеваний.

Фиброэндоскопическое исследование может широко использоваться при любом подозрении на «злокачественную опухоль» и решает ряд серьезных задач:

- о наличии или отсутствии патологического процесса;
- оценить форму роста опухоли;
- оценить исходное место роста опухоли и распространение на различные элементы глотки;
- выявить изъязвление и другие параметры.

ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЛЕГКОГО В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Шериева Т. М.

ЦЦЛ, КГКП «Областной онкологический диспансер», Караганда

Задачи исследования: анализ цитоморфологической верификации рака легкого (РЛ) в Карагандинской области.

Материалы и методы исследования. Проанализированы данные медицинской документации 1989 больных РЛ, обследованных и пролеченных в условиях ООД за период 1981-2005гг. Применялись клиничко-лабораторные, рентгенологические, эндоскопические, ультразвуковые и цитоморфологические исследования. По мере необходимости больным назначались трансторакальные, плевральные пункции, пункции л/узлов и др. (при подозрении на метастазы РЛ). Все больные, направленные в ООД с диагнозом РЛ (подозрение на РЛ) на первом этапе прошли обследование в поликлинике ООД с целью подтверждения диагноза - верификацией опухолевого процесса. При невозможности верификации, больные госпитализировались и материал с опухоли бронхов (легкого, л/узлов) брался интраоперационным методом во время операции.

Результаты. За последние 3 года (2008-2010гг.) заболеваемость РЛ по области составила 27,6; 27,1 и 25,4 на 100 тысяч населения. За 2008-09гг. процент цитоморфологической

верификации РЛ по нашему региону составил 75,5 и 79,4%, заняв первые места по РК, тогда как по Казахстану показатели составили всего 57,7 и 55,8% соответственно. За последние годы цитоморфологическая верификация всех опухолевых процессов по КООД занимает первые места в рейтинге ООД РК по верификации рака.

Среди перечисленных методов исследований больным с центральными формами РЛ назначались ФБС с цитоморфологическим исследованием материала. ФБС проводилась 1014 больным РЛ, 27 - ФБС была противопоказана, 31 больной отказался от исследования. Из числа обследованных, в 459 случаях верифицированы раки (23,1%). Самым распространенным был плоскоклеточный рак – 321 случай (16,1%). Редко встречался солидный рак – 3 случая (0,2%), в 9 случаях высказано подозрение на рак (0,5%). Процесс распада выявлен у 4 больных РЛ, в 542 случаях материал оказался неинформативным (27,3%).

При трансторакальных пункциях из 317 случаев (15,9%) в 184 выявлены раки (9,3%), в 127 (6,4%) материал оказался неинформативным. Исследование интраоперационного материала

в 317 случаях (14%) при РЛ показало наличие злокачественного процесса у 263 пациентов (13,2%), во всех остальных случаях в ЦЦЛ доставлялся некачественный материал (14 - 0,7%). Исследование л/узлов и др. материала (другое легкое, кожа, мягкие ткани, печень и т.д.) выявило из 343 случаев (19,3%) в 267 наличие опухоли (13,5%).

Всего в 1173 случаях (59,1%) доказаны злокачественные процессы. Бесспорно, что процент цитоморфологической верификации при РЛ оказался бы намного выше, если бы исследуемый материал был адекватного образца и хорошего качества, и брался именно с опухолевой ткани (подозрительного очага). Но, как показывает практика, численность некачественного материала, к сожалению, увеличивается из года в год, что снижает процент

верификации и соответственно показатели работы не только ЦЦЛ, но и всего ЛПУ. Качество материала ведь зависит не только от опыта и навыка врача-эндоскописта и цитоморфолога, но и от наличия соответствующего высококачественного оборудования, условий работы, отсутствия перегруженности врачей и др., что не всегда соблюдается в повседневной работе.

Выводы: цитоморфологическое исследование является доступным, технически несложным методом исследования и помогает верифицировать злокачественный процесс. Для увеличения эффективности верификации необходимо в первую очередь улучшение качества материала, доставляемого в лабораторию на исследование.

ЭНДОВИДЕОТОРАСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Макаров В. А., Нурманов С. Р.

Городской Онкологический Диспансер, г. Алматы

Актуальность: современные клинично-инструментальные методы исследования в большинстве случаев позволяют поставить точный топический диагноз, но выбор тактики лечения может основываться только при морфологическом подтверждении диагноза.

Цель: улучшить результаты лечения больных с патологией органов грудной клетки.

Материалы и методы: в отделении торако-абдоминальной хирургии (зав. отд. – к.м.н. Нурманов С. Р.) – в период 2009-2010 гг. Произведено 35 эндовидеотораскопических оперативных вмешательств.

Возраст больных варьировал от 23 до 75 лет.

С диагностической целью – проведено 22 операции. Удаление лимфоузла средостения или его биопсия – 8 случаев. Ревизия плевральной полости с биопсией плевры – 10 случаев. Биопсия опухолей легкого – 4 случая.

За описанный период с лечебной целью проведено – 13 оперативных вмешательств.

Прецизионных резекции по поводу периферических образований легкого -5, краевая резекция легкого -1, резекции образования париетальной плевры -3. Удаление кисты средостения-1. При этом морфологическая характеристика составила: доброкачественная опухоль -2 случая, метастатический опухолевый процесс 3 случая, продуктивное воспаление – 6 случаев, геморрагический инфаркт легкого – 1 случай, кистозное образование легкого -1 случай.

В 2-х случаях у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, и при непереносимости одноканальной вентиляции, эндовидеотораскопию выполняли под местной инфильтрационной анестезией. В одном случае в положении пациента на боку, в другом в полусидящем положении. Самочувствие пациента оценивалось вербально, и при необходимости местная анестезия потенцировалась внутривенным введением анальгетиков (метамизол 50% 2,0). В 3-х случаях из описанных 35 произведен лечебный плевродез инсуффляцией порошка талька.

Причинами перехода к открытой операции были: внутриплевральное кровотечение -1, неинформативность биопсии -1, невозможность тораскопического удаления опухоли вследствие ее распространенности.

Выводы: Более широкое внедрение в практику эндовидеотораскопии позволяет максимально точно определить стадию онкопроцесса и соответственно - тактику лечения. При периферических доброкачественных опухолях легкого произвести радикальное удаление патологически измененной ткани различными оперативными методами (прецизионная или краевая резекция). При выявлении распространенного процесса, канцероматоза плевральной полости осложненного злокачественного плевритом или без него – удаётся произвести паллиативную лечебную процедуру в виде плевродеза, техники наложения которого различны, при этом наиболее эффективным является инсуффляция порошка талька.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Ормонова Ж.А., Жумабаев А.Р.

Ошский межобластной центр онкологии, г. Ош Кыргызская Республика

В последнее десятилетие рак шейки матки (РШМ) стал ведущей формой онкологической патологии у женского населения Кыргызской Республики. РШМ по частоте поражения занимает первое место среди новообразований женских половых органов. Частота выявляемости этой локализации среди лиц с впервые в жизни установленным диагнозом выросло с 8,8 % в 2003г. до 12,1 % в 2007г., а стандартизованные (мировой) показатели с 11,0 до 15,60/0000 населения.

Материалом для проведения ретроспективного анализа результатов комбинированного лечения (хирургическое и лучевое лечение) РШМ послужили данные 33 больных, находящихся на диспансерном учете и лечении в Ошском межобластном центре онкологии. По возрастным группам распределились следующим образом: до 29 лет-3(9,1%); от 30 до 39 лет-7(21,2%); от 40 до 49 лет-19(57,6%); от 50 до 59 лет-3(9,1%);

от 60 до 69 лет -1(3,0%). Диагнозы злокачественного процесса подтверждены морфологически. Из 33 больных, получивших полный курс комбинированного лечения, РШМ Ia (T1aNoMo) стадии был выявлен у 1 (3,03%) женщины, Ib (T1bNoMo) стадии - у 4 (12,1%) женщин, IIa (T2aNoMo) стадия - у 23 (69,7%) женщин, IIb (T2bNoMo) стадия - у 2 (6,06%) женщин и IIIa (T3aNoMo) стадия - у 3 (9,1%) женщин. Наилучшие одно-, трех- и пятилетние отдаленные результаты достигнуты при раке I стадии составляя 99+0,06%. При II стадии заболевания пятилетняя выживаемость составила 82,5+0,08% и III стадии заболевания - 78,5+0,0 7%.

Таким образом, полученные нами отдаленные результаты лечения РШМ свидетельствуют о преимуществе использования комбинированного метода лечения.