ТЕЗИ КОНФЕРЕНЦІЇ "СУЧАСНІ ЗАСОБИ СУПРОВОДУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ"

Глинчак Т.І., Нікула І.П., Бідованець Б.Ю.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ПРОМЕНЕВИХ ЦИСТИТІВ КОМБІНОВАНОЮ МЕДИКАМЕНТОЗНОЮ СУМІШШЮ

Тернопільський обласний комунальний клінічний онкологічний диспансер

Незважаючи на те, що вибір методики променевої терапії проводиться індивідуально, променеві пошкодження сечового міхура виникають досить часто.

Для лікування променевих циститів віддавна застосовуються інстиляції сечового міхура жировими субстанціями (олією обліпихи, шипшини, риб'ячим жиром тощо). Однак цей метод не завжди приносить бажаний ефект.

Для підвищення ефективності лікування променевих циститів, ми застосовували внутрішньоміхурове введення ліпофундину з додаванням діоксидину 1 %; лідокаїну 10 %; гідрокортизону та димексиду в пропорції 2:2:2:1:1. Ліпофундин є жировою ізотонічною емульсією з очищеної соєвої олії, емульсованої із застосуванням ізотонічного гліцерину, призначений для парантерального харчування.

Залежно від ступеня важкості перебігу циститу та місткості сечового міхура, об'єм суміші для інстиляції коливався від 10 до 30 мл (в середньому – 20 мл). Переваги запропонованого методу:

1) Дрібнодисперстність ліпофундину виключає можливість жирової емболії та підвищує обволікуючий ефект препарату.

2) Ліпофундин, завдяки своїй ізотонічності не подразнює слизового шару міхура та зменшує подразнювальну дію інших препаратів.

3) Комбінація ліпофундину із антибактеріальними, протизапальними, аналгезуючими препаратами із додаванням перфоранту – димексиду, дозволяє досягнути кращого та стійкого лікувального ефекту у стисліші терміни.

В умовах Тернопільського ООД ми застосовували інстиляції сечового міхура вищезгаданою лікувальною сумішшю 38 хворим: 23 хворих – на рак шийки та тіла матки, 10 – на рак простати та сечового міхура і 5 – на рак прямої кишки.

На курс лікування застосовувалось 7-14 інстиляцій. Вже після 2-3-х інстиляцій відмічалось суттєве зменшення дизурії, больового синдрому, поліпшення загального самопочуття. Позитивний ефект отримано у 33 хворих. У 5 хворих ефект не досягнутий.

Самбор Л.Ф., Кривокульський Д.Б., Фінашина Т.В.

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЯХ У ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ

Тернопільський обласний клінічний онкологічний диспансер

ВСТУП Рак шийки матки (РШМ) все частіше діагностують у жінок молодого і навіть юного віку, які не мають дітей. Тому пошук оптимальних методів лікування хворих на початковий рак шийки матки (c-r in situ), етіопатогенетичний підхід до лікування із збереженням дітородної функції – важлива проблема сьогодення.

КЛІНІЧНИЙ МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ В період з 2000 по 2002 роки в області було виявлено 52 хворих з c-r in situ. Проведено хірургічне лікування у 47 жінок, в тому числі у 32 в об'ємі діатермоконізації шийки матки у межах здорових тканин в поєднані з дігностичним вишкрібанням цервікального каналу.

Усі пацієнтки обстежувались кольпоскопічно, цитологічно, гістологічно та бактеріоскопічно до початку лікування. Операцію проводили в стаціонарних умовах під місцевою анестезією 0,5 % новокаїном – 20,0 мл. або під внутрішньовенним наркозом.

Післяопераційні ускладнення були розподілені на ранні (до 3 тижнів) та пізні (після 3 місяців).

В раньому післяопераційному періоді було виявлено кровотечі зі струпа в 15,6 % випадків, довготривала рясна менструація у 28,1 %, загострення запальних процесів матки чи додатків у жінок, які не отримували лікування супутньої генітальної інфекції (18,75 %).

До пізніх ускладнень хірургічного лікування віднесено:

– утворення стенозу чи стриктури цервікального каналу – у 2 жінок (6,25 %);

– підепітеліальна гематома в ділянці рубця – у 7 жінок (21,9 %);

– ендометріоїдні зміни в шийці матки в різні строки до 12 міс після проведення операції – у 5 хворих (15,6 %).

При вивчені кольпоскопічної картини вагінальної частини шийки матки та цитологічного мазка майже у 20 % випадків було виявлено зміни доброякісного характеру, в основному у вигляді гіперкератозу чи зони трансформації.

Рецидивів злоякісного росту після проведення органозберігаючих операцій на шийці матки виявлено не було.

Аналізуючи причини виникнення ускладнень було встановлено, що кровотеча зі струпа шийки матки та довготривалі рясні менструації виникали у випадках, коли діатермоконізацію проводили в II фазі менструального циклу за 4-7 днів до наступних місячних. У випадках проведення операції на 5-7 добу від початку менструації таких ускладнень не спостерігали. Стеноз та стріктура цервікального каналу спостерігалась у жінок, що не народжували дітей. Ендометріоїдні зміни в шийці матки виявлено, коли діатермоконізація проводилась в об'ємі не менше 2/3 шийки або в період між 8-16 днями менструального циклу.

ВИСНОВКИ Проведений аналіз показав, що дотримуючись виробленої тактики лікування хворих на c-r in situ, можна уникнути основних ускладнень. Перш за все, в доопераційному періоді необхідно проводити лікування виявленої супутньої генітальної інфекції. Після закінчення курсу медикаментозної терапії діатермоконізацію шийки матки слід виконувати не пізніше 5-7 доби менструального циклу. У жінок, що не народжували дітей, слід віддати перевагу менш травматичній лазарній вапоризації шийки матки. Що стосується ендометріозу шийки матки, то ця проблема вимагає подальшого детального вивчення.