эндометрия и шейки матки. Кроме того, эту операцию целесообразно проводить при сочетании фибромиомы матки с различными предопухолевыми состояниями шейки матки (дисплазия, лейкоплакия, эритроплакия, рубцовая деформация, эрозия и т.д.). В последнее время с развитием органосберегающих принципов в онкологии при ранних стадиях опухолевого процесса, нами была использована денная методика у больных РТМ 1 стадии. В этих условиях, как известно, операцией выбора является тотальная экстирпация матки по общепринятой методике.

Предложенная нами методика субтотальной экстирпации с сохранением тазового дна представляется в данной ситуации более целесообразной, поскольку необходимый радикализм достигается на фоне меньшего объема оперативного вмешательства, меньшего операционного риска, и с меньшими последующими функционально-неврологическими расстройствами, имея в виду сохранение тазового дна. Этапы этой операции предусматривают первоначально типичную надвлагалищную ампутацию матки с придатками. Затем, на уровне внутреннего зева культи шейки матки, отсепаровывается брюшина заднего свода от шейки матки и прямой кишки на 5-6см. По цервикальному каналу сзади культя шейки матки рассекается до свода, и вся её ткань выворачивается, а затем слизистая цервикального канала и прилежащая 1/3-1/2 мышечного слоя циркулярно иссекаются вместе с шейкой матки. На оставшийся мышечный участок культи матки накладываются циркулярно в 2-3 яруса швы. После чего сформированная мышечная культя перитонизируется, как обычно, брюшиной мочевого пузыря.

Из числа 176 гистерэктомий проведенных больным с 1 стадией опухолевого процесса 25 больным РТМ была выполнена модифицированный вид субтотальной экстирпации матки. Больные подразделялись по возрастным подгруппам: 15 больных от35 до 45 лет поздний репродуктивный с сохранением не только сексуальной , но и гормональной функций(с оставлением яичников с двух сторон) и 10 больных с 46-49 лет- перименопаузальный возраст - с формированием искусственной культи из тканей шейки матки. Все больные в анамнезе имели беременности, закончившимися родами , но и сохранение репродуктивной функции в наших наблюдениях мы не ставили основной целью. Более того с больными обсуждались этапы операций и женщины были предупреждены о особенностях при которых мы могли расширить объем оперативного вмешательства. Поскольку это нетрадиционный подход в хирургическом этапе лечения больных РТМ, в эту группу вошли больные с максимально благоприятным сочетанием признаков, влияющих на течение болезни.

Резюмируя результаты наших наблюдений, в группу больных 35-45 лет с выполнением субтотальной экстирпации матки с пластикой тазового дна и транспозицией яичников вошли женщины с минимально-выраженным комплексом соматических нарушений, условно здоровые по наличию фоновой гинекологической патологии, характеристика опухоли-высокодифференцированная аденокарцинома с минимальным инвазивным процессом ,с локализацией в дне матки и единичным очагом поражения, либо полиповидный тип роста опухоли, с приведением пластинчатой биопсии яичников. Группа была сформирована искусственно, исходя из понятия о благоприятном прогнозе заболевания. Количество исследований пока не достаточно, что бы избирательно использовать данное оперативное пособие у больных этой возрастной категории , но однозначно , что эти больные с сохраненной сексуально- эндокринной функции не испытывали последствий «искусственного климакса», нарушений функции соседних органов, а в будущем, сексуально- психологических расстройств. Группа больных 46-49 лет было сформирована по тем же признакам, только учитывая возраст, не были оставлены яичниковые гонады. В этой группе основное значение было отведено профилактики функциональных нарушений деятельности мочевого пузыря и сексуально-психических отклонений, связанных с перенесенным оперативным вмешательством. 5 больным в послеоперационном периоде проводилась ДЛТ в СОД 42Гр. На область первичного очага и тупи лимфооттока. Все больные условно здоровы, как в физическом , так и в психологическом плане в течении 5 летнего периода наблюдения.

ЗНАЧЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ «ОТКРЫТОГО ПРИЕМА» В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСНОВНЫХ ПСИХОГЕННЫЙ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ГРУППЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Грицай А.Н.
Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН и Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, Москва, Ростов-на–Дону

Несмотря на существующие традиционные организационные формы профилактического обследования, все же для каждого региона России приемлем свой вариант организационных форм профилактического обследования населения.

Многолетний опыт такой работы в Ростовской области (площадью 100,8 тыс. км^2., соответствующей площади целого государства, такого как Франция) в 80-е годы показал его недостатки. Во-первых, нецелесообразно отвлекать от повседневных рабочих обязанностей специалистов высокого класса; во-вторых, транспортировка имеющей хорошую разрешающую способность дорогостоящей ультразвуковой аппаратуры приведет к быстрому ее изнашиванию; в-третьих, такая форма организации требует немалых экономических затрат и не носит постоянного и последовательного контроля динамики изменения состояния здоровья населения.

С целью совершенствования методов первичного выявления предопухолевых и опухолевых заболеваний в 1982г. академиком РАМН Ю.С. Сидоренко впервые предложена новая организационная форма – «Открытый прием» авторитетными высококвалифицированными специалистами, в основу которой положен принцип самоорганизации населения в группы повышенного риска заболевания раком. Прием назы-

вается «открытым» потому, что он действительно открыт для всех желающих, которые могут посетить по выбору врача-онколога любого профиля без направления и предварительной записи.

Для организации «Открытого приема» населения разработаны методы оповещения, порядок работы, критерии формирования потока посетителей.

Изучен социальный статус женщин, обратившихся на «Открытый прием», и мотивы посещения, показатели выявляемости и качество выявления.

Организация приема осуществляется следующим образом:

I. Оповещение населения о работе «открытого приема» в РНИОИ.

1. Информация за счет оповещения районных онкологов о датах

«открытого приема».

2. Информация на месте, у входа в институт, а также с помощью объявлений в местных средствах массовой информации: газетах «Молот» и «Вечерний Ростов», по радио, телевидению, в программе «Барометр здоровья», Web-странице в Интернете.

II. Порядок работы:

«Открытый прием» проводится два раза в месяц, в первую и третью субботу, в выходной день для большинства граждан. Каждый человек, без предварительной записи, без специального направления, испытывая тревогу за свое здоровье и стремясь попасть к квалифицированному специалисту, обращается в поликлинику РНИОИ в эти дни.

III. Критерии формирования потока посетителей «открытого приема»:

- обеспечение короткого и прямого пути, для любого желающего попасть к высококвалифицированному специалисту;
- формирование фактора внутреннего психологического императива, заставляющего больного явиться на этот прием. Однако, лишь абстрактная притягательность авторитета, сама по себе, еще не обусловит формирования указанного императива;
- тревожное состояние, беспокойство, которое нередко может быть объективным отражением реально существующих соматических расстройств;
- причастность к онкологической трагедии.

Не вызывает сомнения тот факт, что обратившиеся на «открытый прием» женщины явились по собственной инициативе именно в онкологический институт, с которым у большинства людей возникают весьма мрачные ассоциации.

Главным критерием этой выборки можно считать высокий уровень тревожности.

Известно, что многие пациенты со сходными анамнестическими данными, клиническим состоянием, и не имеющие существенных отличий в показателях функционирования различных систем, совершенно по-разному реагируют на одинаковые схемы лечения, и что особенно важно, отличаются по срокам безрецидивного периода и продолжительности жизни. Одной из причин таких различий могут быть особенности личностного реагирования и индивидуальные модели поведения, избираемые пациентами при постановке диагноза «рак» и начале его лечения.

Существует определенная взаимосвязь клинического и иммунологического состояния больных с их психологическими особенностями.

Психические расстройства различной степени выраженности (от донозологических психологических реакций до острых психозов) при онкологической патологии - явление частое, наблюдаемое как онкологами, так и психиатрами, психологами (M. Colombier, 1992; L. Jany, H. Csef, 1992; J. Tredaniel, 1993). Онкологическая патология выступает для психической деятельности в двух важных аспектах. С одной стороны (психогенной) диагноз онкологического заболевания, относящегося к группе неизлечимых и, как следствие этого, повышенно значимых, превращает один лишь факт заболеваемости в "глобальную" психическую травму, способную оформиться в психические нарушения психогенно - реактивного характера (Ш.Х. Гануев, 1991; А.Н. Гузев, 1991; В.Д. Менделевич, 1994; L. Jany, H. Csef, 1992; E. Smith et al., 1993; H. Maninger, K.Moser, 1994). С другой стороны, (соматогенной), онкологическая патология рассматривается как один из наиболее тяжелых в соматическом плане факторов с комплексом психической и физической астении, общим истощением, также существенно влияющим на психическую деятельность и формирующим соматогенные психические расстройства (В.Я.Семке, А.Н.Гузев, 1991; Н. Б. Шиповников, 1991; J.Hill, C.Stratton, 1991). К тому же, если онкологический процесс локализуется в гормонозависимых и гормонопродуцирующих органах, то велика возможность развития психоэндокринного симптомокомплекса со специфическими психическими проявлениями (В.И.Ильин,1988).

Оперативные (хирургические) вмешательства в онкологической практике являются одним из основных видов терапии (Н.Н.Блохин, 1988; В.И.Чиссов, А.Н.Трапезников, 1991, 1993; J. Glerster, 1993), вследствие этого они выступают дополнительным фактором влияющим на психопатологическое симптомо- и синдро-мообразование. А также частая необходимость в комплексной терапии пред- и постоперационной лучевой или химиотерапии, анестологические манипуляции в операционный период, могут играть существенную роль в формировании психических нарушений, также как и психологическая значимость радикальных хирургических операций с удалением органа или формированием определенного косметического дефекта.

С учетом множества патогенных для психики факторов у онкологических больных резко возрастает риск суицидальных тенденций (A. Filiberti, 1992; D. Razavi, 1993; E. Smith, M.Stefanek et al., 1994). По данным этих авторов, количество суицидальных попыток при онкологических заболеваниях значительно превышает подобный показатель при иных соматических заболеваниях. Это еще раз подтверждает то, что, во-первых существуют некоторые отличительные особенности психических переживаний при онкологических заболеваниях, во-вторых, ни одно из существующих заболеваний не несет в себе столь мощной стрессирующей нагрузки, как злокачественная опухоль (Е.Ф. Бажин, А. В. Гнездилов, 1988; Т. Ю. Мари-

лова, 1989; А.Н. Гузев, 1991; L.Jany, H.Csef,1992; M.Bueno, 1993; J.Glerster, 1993).

Частота психических нарушений при онкологической патологии, по мнению различных авторов, зависит во многом от локализации и характера болезненного процесса, наличия метастазов и некоторых других параметров (А.В.Гнездилов, 1979). Однако не только локализация и характер онкологического заболевания влияют на частоту появления психических нарушений. Одну из значимых ролей играют такие факторы, как особенности характера человека, заболевшего онкологическим заболеванием, наличие в преморбиде акцентуированных черт характера (Е.Ф. Бажин, А. В. Гнездилов, 1988; L.Zhang, L.Zhao, 1992). Подробное изучение типологии личности больных раком провел А.В.Гнездилов (1976). Он рассматривал шизоидные, тревожно-мнительные, астенические, циклоидные, эксплозивные и гипотимические типы личности. Среди больных со злакачественными опухолями, по данным этого ученого, преобладали шизоидные, циклоидные и тревожно-мнительные типы личности. Другие авторы считали характерными для онкологических больных ипохондрический (L.Lopes, 1973), истероидный (G.Nlssen, 1973) и эпилептоидный (В.А.Ромасенко, К.А.Скворцов, 1961) варианты преморбидной личности. С.В. Аверьянова (2001) на примере рака молочной железы убедительно показала, что имеются существенные отличия в развитии опухолевого процесса у больных с психастеническим и паранойяльным психотипом, поэтому перспективным представляется личностно-ориентированный подход ведения больных, определение стержневых личностных особенностей, как одного из прогностических критериев, определяющих течение заболевания.

Внутренний императив поддерживается, как и любой рефлекс, тем, что физиологи называют подкреплением.

В социальной среде это все то, что окружает человека на «открытом приеме», - его четкая организация, быстрая постановка диагноза, радикальное лечение, мобильность в его индивидуализации ,хорошие результаты. Все эти факторы очень быстро становятся достоянием гласности, повышая авторитет «открытого приема» и подкрепляя внутренний императив у тех, кто испытывает описанные беспокойство и тревогу. «ОП» - первый и наиболее важный этап, предопределяющий успех лечения, сформированная позитивная доминанта и доверие к надежности медицинской помощи- не отъемлемая часть лечебно- организационных мероприятий высококвалифицированного специализированной помощи.

ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ – КАК ПУТЬ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИБС

Грищенко В.В.
Курский государственный медицинский университет, .кафедра клинической фармакологии и фармакотерапии, Курск

Несмотря на прогресс в диагностике, лечении и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, они остаются наиболее частой причиной смертности в большинстве экономически развитых стран. Главный патологический процесс, лежащий в основе этих заболеваний – это атеросклеротическое поражение сосудов. По данным ряда исследований, снижение уровня общего холестерина (ХС) на 10% сопровождается снижением риска смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на 15%, а общей смертности – на 11%.

Первые попытки фармакологической коррекции гиперхолестеринемии (ГХС) были предприняты еще в начале 50-х годов. Общеизвестно, что широкое применение статинов в нашей стране сдерживается высокой стоимостью этих препаратов. При этом практический врач, находящийся в поиске оптимального соотношения качества препарата и его цены, нуждается для принятия решения в дополнительной информации о препарате. Такой дополнительной информацией должна быть доказанная терапевтическая эквивалентность новых аналогов с существующими препаратами с более доступной стоимостью лечения.

Клиническая эффективность статинов в терапии ИБС показана в крупномасштабных исследованиях, “золотым стандартом” доказательной медицины. Открытие плейотропных эффектов статинов позволяет осуществить широкие первично-профилактические интервенции с минимальным количеством побочных эффектов и максимальной эффективностью. Цель исследования – изучить сравнительную характеристику статинов различных поколений для разработки тактики повышения эффективности лечения ИБС

Проведено слепое рандомизированное, контролируемое плацебо-тестом исследование в группе мужчин (n=64, 41-60 лет) с ИБС (стенокардия напряжения I-II функциональных классов), первичной изолированной и сочетанной ГХС.

Результаты 16-недельного исследования параллельных групп по сравнению эффективности и безопасности приема 1 раз в сутки различных статинов: холетара (20 мг/сут, КРКА, Словения), вазилипа (10 мг/сут, КРКА, Словения), липримара (10 мг/сут, PFIZER) показали, что холетар снизил уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) на 27,1% ($P < 0,05$), вазилип – на 29,4% ($P < 0,05$), аторвастатин – на 34,8% ($P < 0,05$). При проведении лечения до достижения цели уровня ХС ЛНП менее 2,6 ммоль/л (100 мг/дл) удалось осуществить при фармакотерапии холетаром у 29% больных, вазилипом – у 37%, липримаром – у 61% ($P < 0,05$).

Таким образом, липримар уже в дозе 10 мг/сут обеспечивает достижение целевого уровня ХС ЛНП у подавляющего большинства пациентов, создавая оптимальный путь повышения эффективности лечения ИБС.