ние объема некротизированной ткани, выраженные расстройства микроциркуляторного русла.

На втором этапе исследований проведена работа по подбору эффективной концентрации ОФР для парентерального введения, в результате чего была обнаружена концентрация ОФР, которая способствует рассасыванию первичного опухолевого узла, однако у 17% крыс вызывает метастазирование лимфосаркомы.

Эксперименты третьего этапа работы показали, что комбинированное использование озонотерапии в плане предлучевой подготовки и сниженной дозы ионизирующего излучения в меньшей степени способствует развитию окислительного стресса в целостном организме; а также приводит к нормализации состояния углеводного обмена, повышению вязкости крови, усилению цеолит-индуцированной, люминол-зависимой хемилюминесценции фагоцитов, снижению уровня общей интоксикации организма-опухоленосителя.

Итак, озон в высоких концентрациях при локальном введении обладает антиканцерогенным действием, а в комбинированном использовании с ионизирующим излучением повышает эффективность противоопухолевой терапии.

ГЛАВА III

ВОПРОСЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПОЗИЦИЙ ТИЗОЛЯ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА

В.Б. Герасимов, С.Ю. Медведева, Г.И. Мосян

Уральская государственная медицинская академия

Предраковые изменения слизистой желудка в виде метаплазии слизистой и ее дисплазии возникают постепенно, поэтапно, существуют длительно, способны регрессировать под влиянием лечения. Наличие хронического воспалительного процесса и кампилобактерной инфекции в слизистой оболочке желудка также признают фактором, способствующим возникновению рака.

В настоящее время важно развивать клинко-морфологическую направленность в изучении предраковых изменений в динамике с определением прогностической значимости дисплазий и лечебно-диагностическую тактику при различной ее выраженности. Вопросы общего медикаментозного лечения предраковых изменений слизистой желудка в настоящее время активно внедряются в жизнь. Эндоскопическое лечение предраковых изменений слизистой желудка находится на начальном этапе своего развития; используются, в основном, хирургические и лазерные методики. Эндоскопическое медикаментозное лечение воспалительных и предраковых изменений слизистой желудка имеет определенную основу, но теоретически и практически нуждается в дальнейшей разработке. Определенный интерес представляет поиск новых лекарственных препаратов для эндоскопического лечения.

Целью нашего исследования было определить возможности эндоскопического лечения воспалительных и предраковых изменений слизистой оболочки желудка с использованием лекарственного препарата Тизоль.

Нами изучены возможности эндоскопического лечения воспалительных и предраковых изменений слизистой оболочки желудка (СОЖ) с помощью композиций Тизоля у 113 больных. Препарат Тизоль Р.93.192.1 предназначен для местного лечения. Это нетоксичное, гелеобразное вещество, обладающее противовоспалительным, бактерицидным, противоотечным действием, улучшающее трофику и регенерацию тканей, с повышенной транскутанной проводимостью, хорошо совмещающееся с медикаментозными добавками. Экспериментальное изучение действия Тизоля на тканевые процессы СОЖ у крыс показали эффективность применения данного препарата при эрозивно-язвенной патологии желудка. Сочетание Тизоля с микродозами других эффективных лекарственных препаратов для получения оптимального желаемого эффекта нам представляется весьма ценным.

Диагностика заболеваний желудка, а также местное, эндоскопическое лечение выполнялось с помощью фиброэндоскопов типа «Пучок-МТ-11» (Россия) и ГИФ-Олимпас (Япония). Перед лечением больному выполнялась первичная фиброэндоскопия с биопсией и цито-гистологическим анализом для уточнения характера сопутствующего воспалительного процесса. Для исключения злокачественных изменений и топографической локализации выявленной метаплазии и (или) дисплазии СОЖ дополнительно проводилась лазерная, эндоскопическая диагностика в сочетании с хромогастроскопией и повторной биопсией с цито-гистологическим исследованием.

Композиции Тизоля вводились через катетер с последующим орошением или аппликацией на стенку желудка в количестве от 2 до 8 мл. Варианты лечебных композиций Тизоля представлены в табл. 1.

Таблица 1

Варианты лечебных композиций Тизоля

Композиции Тизоля (кГ)	Всего больных
100% тизоль	6
60% тизоль	11
60% тизоль+ 5%облепихи+ 1% прополис	35
60% тизоль+5% метилурацил+ 0,025% гидрокортизон	21
60% тизоль+0,33% циклоферон +3,3% аекол	20
60% тизоль + 0,33%циклоферон +3,3% аекол + 3,3% метронидазол+0,33%амоксциллин	20
Всего	113

Эффективность лечения оценивалась по данным контрольного цито-гистологического анализа - уменьшение степени и активности воспалительного процесса, пролиферации (П), паховых *Helicobacter pilori* (Нр), дегенеративно-дистрофических изменений (Д-Д), кишечной метаплазии (КМ) и дисплазии (Д) эпителия с учетом клинических и визуальных данных эндоскопии, хромо-люминесцентной фиброэндоскопии.

Среди обследованных 113 больных, мужчин было несколько больше, чем женщин, большая часть больных была в возрасте от 40 до 60 лет. У каждого обследованного больного отмечалось несколько патологических процессов (в среднем 2,4), у каждого отмечались проявления хронического гастрита в стадии обострения. Предраковые изменения СОЖ чаще отмечались при наличии полипов, язвенной болезни желудка в сочетании с хроническим воспалительным процессом СОЖ. Среди пролеченных больных преобладали больные с хроническим гастритом и язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки. Основными жалобами у больных вне зависимости от морфологических изменений были: тяжесть в эпигастрии после приема пищи, болевой синдром и изжога. Ведущими эндоскопическими симптомами являлись признаки воспаления на атрофичной и гиперплазированной слизистой. Цитологические показатели пролеченных больных представлены в табл.2 (в %).

Большая часть пролеченных больных имела умеренную и выраженную степень дисплазии (76,5%)и инфицированности *Helicobacter pilori* (65,2%). Гистологические показатели пролеченных больных (в %) представлены в табл.3.

Таблица 2

Цитологические показатели пролеченных больных (%)

Цитологические показатели	П	Нр	Д-Д	КМ	Д
%	93,8	77,6	45,9	48,9	34,7

Таблица №3

Гистологические показатели пролеченных больных (%)

Гистологические показатели	Слабые изменения	Умеренные изменения	Выраженные изменения	Всего
Степень воспаления	-	8,9	51,1	60,0
Активность воспаления	2,2	13,3	37,8	53,3
Атрофия СОЖ	2,2	17,8	28,9	62,2
Наличие <i>Helicobacter pylori</i>	20,0	17,8	35,6	73,3
Кишечная метаплазия	-	-	-	37,8
Дисплазия эпителия	6,7	8,9	2,2	17,8

Из таблицы видно, что большая часть пролеченных больных имела выраженные атрофические изменения СОЖ, тяжелый воспалительный процесс с выраженной активностью и наличием Нр-инфекции.

Больным проводилось от 1 до 8 сеансов эндоскопического лечения с интервалами от 3 до 7 дней.

Положительные результаты эндоскопического лечения с помощью композиций Тизоля отмечены у всех больных.

На 1-2 день после 1 сеанса лечения исчезали болевые ощущения, после 2-3 сеанса лечения уменьшались или исчезали диспепсические проявления, изжога. Болеутоляющий эффект был особенно выражен при наличии язвы в 12-ти перстной кишке.

При анализе данных видно, что композиции Тизоля наиболее эффективно действовали на острый воспалительно-деструктивный процесс на слизистых пищевода, желудка, 12-ти перстной кишки. Воспалительные изменения СОЖ исчезали практически во всех наблюдениях уже на 2-3 сеансе эндоскопического лечения. Рубцевание язв происходило также во всех случаях, сроки рубцевания сокращались на 3-6 дней, не отмечено образований грубого рубца или грубой деформации стенки. В течение срока наблюдения за пролеченными больными практически не изменялась степень атрофии и гиперплазии СОЖ, также как и хронические эрозии с пери фокальной гиперплазией СОЖ. Общая эффективность эндоскопического лечения с применением композиций Тизоля по цито-гистологическим показателям представлена в табл.4. Хорошая эффективность композиций Тизоля отмечена при лечении дегенеративно-дистрофических изменений и снижении активности воспалительного процесса, меньшая эффективность - в Нр-эрадикации и антипролиферативном действии.

Таблица 4

Общая эффективность эндоскопического лечения

Цитогистологические показатели	Д	КМ	П	Нр	Д-Д	Активность воспаления
%	65,9	56,7	22,4	32,8	47,4	35,0

Хорошей противовоспалительной активностью обладает композиция Тизоля, включающая метилурацил и гидрокортизон (43,5%). Средний показатель противвоспалительной активности композиций Тизоля=31,5%. Предраковые изменения СОЖ в виде кишечной метаплазии и дисплазии по результатам лечения регрессировали у 72,2% больных, у 4 больных

после лечения снято подозрение на рак, прогрессирования предраковых изменений после лечения не отмечено. Лечебный эффект: Д тах у кТ№3=83,3%, КМ тах у кТ№6=63,6%, (Д+КМ) тах у кТ№5=72,2%.

У 14 больных (12,4%) отмечены нежелательные реакции на введение препаратов, в основном, в виде болезненных ощущений в области желчного пузыря и поджелудочной железы.

Таким образом,

1. Композиции лекарственного препарата Тизоль можно эффективно использовать для эндоскопического лечения воспалительных изменений слизистых оболочек пищевода, желудка и 12-ти перстной кишки.

2. Перспективным направлением использования композиций лекарственного препарата Тизоль является эндоскопическое лечение предраковых изменений слизистой оболочки желудка.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, И ОНКОПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

**Н.М. Герасимова, С.А. Берзин, Н.П. Евстигнеева,
Е.А. Чигвинцева, Э.А. Петренива**

Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии МЗ РФ,
Уральская государственная медицинская академия,
Областной онкологический центр, г. Екатеринбург

По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется 600 тыс. случаев рака шейки матки (РШМ) и, несмотря на проводимые лечебные мероприятия, смертность достигает 45–50%, что превосходит количество летальных случаев от СПИДа, гепатита В. В РФ свыше 35% в структуре онкологической заболеваемости женщин занимают злокачественные новообразования репродуктивной системы (Гос. Доклад МЗ РФ, РАМН, 1999). С 1998 г. в РФ отмечен рост заболеваемости РШМ на 3,3% (по сравнению с 1997 г.) и на 5,1% с 1993 г. По данным ООЦ г. Екатеринбурга, наблюдается тревожная тенденция – показатель соотношения умерших к заболевшим в 90-е годы вырос на 30% по сравнению с 80-ми годами (38,7 и 68,8%).

Ведущими авторитетами в области медицины признано, что рак шейки матки является первым выявленным типом рака у женщин, вызываемом вирусом папилломы человека. Международное агентство по исследованиям рака (IARC) официально объявило HPV типа 16 и 18 канцерогенными факторами, а типа 31,33 и 35 – возможными канцерогенами (Working Group IARC, 1995).

Важно также, что неонкогенные типы ВПЧ нередко сочетаются с онкогенными типами, обуславливая мультицентричность поражений.

Установлено, что наличие ВПЧ онкогенных типов является прогностическим фактором развития интраэпителиальных неоплазий (морфологический предрак шейки матки). Поэтому при проведении лечебно-диагностических технологий важно проводить тесты не только на заболевание, но и на возбудителя (ВПЧ), сформировать группы риска, в отношении которых должна быть онкологическая настороженность. Развитие РШМ безусловно не является молниеносным процессом, поэтому важна ранняя диагностика, скрининг при проведении профосмотров, что снизит риск «проскальзывания» больных и позволит уловить процесс озлокачествления на самых ранних стадиях, а обнаружение ВПЧ при пограничных и неясных изменениях эпителия шейки матки позволит выбрать адекватную тактику ведения больных.