

клинических данных находят неокклюзирующую мезентериальную ишемию, то консервативное лечение надо направить на улучшение функции сердца. Необходимо провести диетотерапию, инфузионную с включением спазмолитиков, антикоагулянтов, антисклеротических препаратов, средств улучшающих реологию крови. При прогрессировании процесса показано хирургическое лечение.

Высокую летальность 86,7% - 100% [2, 3] при непроходимости сосудов брыжейки можно объяснить запоздалой диагностикой. В большинстве случаев поражение сосудов течет асимптомно, атипично.

Ошибки врачей из различных лечебных учреждений можно объяснить трудностью, сложностью, выявления длительно, медленно, хронически текущей (годами) патологии сосудов брыжейки.

Таким образом, при наличии вегетососудистой дистонии, ангиопатии, ретинопатии, ангиоспазма сетчатки глаз, поражения сосудов почек, длительного неэффективного лечения болевого синдрома по поводу гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, холецистита, панкреатита у врачей всех специальностей должна возникнуть мысль о поражении сосудов органов брюшной полости.

#### Литература:

1. Норенберг - Чарквиани А.Е. Тромбозы и эмболия брыжеечных сосудов. М., 1967г.
2. Савельев В.С. и др. Флебология М., 2001г.
3. Скрипниченко Д.Ф. Неотложная хирургия брюшной полости Киев., 1986г.
4. Lericre R. Ihromboses arterielles, physiologie pathologique et traitement chirurgical Paris, 1946.

УДК 612.1-083.98(075.8)

## ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ

А. А. Кухарева

Восточно-Казахстанский областной онкологический диспансер, г. Усть-Каменогорск

#### Резюме

В статье дана характеристика основным и наиболее частым осложнениям со стороны желудочно-кишечного тракта при химиотерапии злокачественных опухолей – анорексия, рвота, тошнота, диарея (реже запоры), мукозиты. Данные осложнения в значительной степени отягощают состояние больных и часто служат препятствием для продолжения лечения с должной интенсивностью, требуя коррекции.

#### Тұжырым

#### Химиотерапиялар қарын - ішекті кедергілер

Мақалада дана мінездеме негізгі және қатерлі ісіктерде химиотерапияда тараптармен қарын - ішекті тракттың өте жиі кедергілерге – (сирек тиектер) анорексия, құсық, локсық, диарея мукозиты,. Түбегейлі дәрежеде осы кедергілер ауру күйі салмақ салып жатыр және должной қарқынмен ем жалғасы үшін бөгеуілмен жиі қызмет көрсетіп жатыр, түзеулер талап етіп.

#### Summary

#### Gastrointestinal complications chemotherapy

The paper presents the main characteristics and the most frequent complications of the gastro-intestinal tract during chemotherapy of malignant tumors - anorexia, vomiting, nausea, diarrhea (sometimes constipation), mucositis. These complications are largely vitiate the status of patients and often serve as a barrier to continuing treatment with the proper intensity, requiring correction.

Основные и наиболее частые осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта при химиотерапии злокачественных опухолей – анорексия, рвота, тошнота, диарея (реже запоры), мукозиты, которые в значительной степени отягощают состояние больных и часто служат препятствием для продолжения лечения с должной интенсивностью, требуя коррекции. Особенно опасным представляется сочетание этих побочных эффектов между собой с однонаправленностью в сторону нарушений водно-электролитного и энергетического баланса, всасывания в кишечнике, как следствие ведущих к потере веса, кахексии, снижению иммунной защиты, риску серьезных инфекций и ослаблению ответа на химиотерапию. Ближайшие механизмы упомянутых осложнений могут быть различны, отражая, в той или иной степени, особенности токсического действия отдельных групп цитостатиков, что обуславливает необходимость раздельного подхода к их предупреждению и коррекции.

Одним из наиболее ранних проявлений диспепсического синдрома, осложняющего применение цитостатиков, является возникающая в течение 24 часов от начала химиотерапии острая рвота и тошнота, которые нередко

приобретают отсроченный характер и продолжают в течение нескольких дней, несмотря на прекращение лечения. В настоящее время гораздо более сильными антиэметиками из числа блокаторов рецепторов серотонина 3-го типа - антагонистов 5-НТЗ рецепторов, являются трописетрон (навобан), ондансетрон (зофран, латран, эмесет-4 и 8), гранисетрон (китрил) в лекарственных формах для инъекций и приема внутрь (ондансетрон - еще и в суппозиториях), а также не нашедший широкого применения в отечественной практике доласетрон меси-лат (анземет). Навобан, зофран и китрил обладают близкой антиэметической активностью при условии применения в разных дозах и режимах (у 80-90% больных при умеренно эметогенной и 49-72% - в случае высоко эметогенной химиотерапии цисплатином).

Последние сравнительные исследования в условиях умеренно эметогенной химиотерапии позволили зарегистрировать полный контроль острой рвоты зофраном, навобаном и китрилом, соответственно, у 38,8%, 58,8% и 73,7% больных и отсроченной - в 38,8%, 52,9% и 73,7% наблюдений. В суммах показателей полного и частичного

предупреждения рвоты (82,3-89,5%) статистически достоверные различия не отмечались.

Эффективность антиэметического действия перечисленных антагонистов 5-НТЗ рецепторов, не всегда удовлетворительная на фоне химиотерапии цисплатином, повышается при совместном применении с дексаметазоном (10-20 мг внутривенно) или, что менее рационально, с очень высокими дозами (250 мг) метилпреднизолона.

Цитостатическая терапия сопровождается диареей с гораздо большей частотой. Из данных, проанализированных по сводкам о побочных эффектах 43 цитостатиков, используемых в настоящее время в онкологической практике, диарея с частотой более чем у 10% больных регистрируется в результате применения 18 препаратов. Выделяются по высокой вероятности возникновения этого симптома идарубин (20-73%), томудекс (60%), 5-фторурацил (12-57%; выше в комбинации с фолином кальция), топотекан (25-42%, из них IV степени - 5%), навельбин (18-38%), тенипозид (33%), гемзар (8-31%), иринотекан (15-25% IV степени), оксалиплатин или элоксатин (12-25%, III-IV степени -3-7%; в комбинации с 5-фторурацилом и фолином кальция - 84%, в т.ч. III-IV степени - 25%), цитарабин (особенно в комбинации с доксорубицином), дактиномицин и метотрексат (большая часть при приеме внутрь). Вместе с тем, имеются цитостатики, для которых осложнение в виде диареи является редким: блеомицин, бисульфат, лейкеран (хлорбутин), этопозид, ломустин, тиофосфамид, винбластин, гидроксимочевина, но неожиданным образом, у некоторых из них резко учащается при использовании в липосомах (от единичных случаев до 38% у рубомицина) или очень незначительно снижается (для доксорубина - с 10% до 8%).

В подавляющем большинстве случаев диарея обусловлена прямым токсическим действием цитостатиков на одну из самых активно пролиферирующих тканей - эпителий тонкой и толстой кишки и реже связана с холинэргическим механизмом (иринотекан) или развитием патогенной флоры в кишечнике (при фебрильной нейтропении). Повреждению часто сопутствует своеобразная воспалительная реакция и образование язв (язвенный энтероколит, принимающий весьма тяжелое течение). Однако, чаще всего диарея на этом фоне является следствием нарушения баланса между абсорбцией пищевых веществ, солей желчных кислот, секрета поджелудочной железы и реабсорбцией (понижением обратного всасывания) электролитов и воды в дистальных отделах кишечника.

Исходя из общих почти для всех цитостатиков механизмов токсической диареи, меры по ее коррекции заключаются, прежде всего, в регидратации с восстановлением баланса (восполнением потери) электролитов, процесса реабсорбции последних, регуляции флоры (кроме антибиотиков, используемых только в случае фебрильной нейтропении). Простейшим и эффективным способом регидратации, позволяющим избежать во многих случаях парентерального введения растворов электролитов, является обильное питье (до 2-3 л/сут. при контроле рвоты). Эффективным средством коррекции осложнения является лоперамид (имодиум), прием которого несколько раз в день в качестве синтетического опиата не только тормозит повышенную перистальтику кишечника и успокаивает сопутствующие боли в животе, но также подавляет избыточную секрецию и стимулирует реабсорбцию в ворсинках поврежденной слизистой. Более частый, чем обычно прием лоперамида, в частности, является основным средством остановки диареи, индуцированной иринотеканом (КАМПТО). Сохраняют свое значение принципы диеты и режима: преимущественно бесшлаковая (бедная клетчаткой) высоко калорийная, богатая белком пища комнатной температуры или теплая, принимаемая малыми порциями и часто, отказ от газированных напитков, молока и молочных продуктов, сырых овощей и фруктов (за исключением бананов и спаргауса, содержащих большое количество калия, как и печеный картофель), постельный режим, сидячие теплые ванны.

Таким образом, система коррекции основных желудочно-кишечных осложнений в химиотерапии, как видно, довольно сложна и требует согласованности всех мер их профилактики и лечения в комплексе для получения оптимальных результатов.

#### Литература:

1. Кондратьев В.Б. Осложнения химиотерапии рака ободочной кишки и методы их лечения// *Практ. онкол.* – 2000. – №1. – С. 31–36.
2. MacDonald N. The interface between oncology and palliative medicine// *Oxford Textbook of Palliative Care*. 2nd edn (Doyal D., Hanks G.W.C., MacDonald N., eds). – Oxford: Oxford University Press, 1998. – P. 11–17.
3. Skeel R.T., Lachant N.A. Handbook of cancer. Fourth Edition. – Little: Broun and Company, 1995. – 740 p.
4. Specialist Palliative Care: A Statment of Defintions. Ocassional Paper 8. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services. – London, 1995. – P. 145-151.

УДК 616.34-002.582

## САРКОИДОЗ КИШЕЧНИКА

Н. К. Ахметов

*КГКП «Больница скорой медицинской помощи» г. Павлодара.*

Саркоидоз - заболевание, при котором во многих органах формируются патологические скопления воспалительных клеток (гранулемы). Причина саркоидоза неизвестна. Он может являться следствием инфекции или патологической реакции иммунной системы; возможно, играют роль наследственные факторы. Саркоидоз чаще развивается между 20 и 40 годами жизни и наиболее широко распространен в Северной Европе.

В России частота саркоидоза составляет 11 случаев заболевания на 100 тысяч жителей. Микроскопическое исследование кусочка ткани, взятого у больного, выявляет гранулемы. Они могут или исчезать полностью, или превращаться в рубцовую ткань. Гранулемы обычно появляются в лимфатических узлах, легких, печени, глазах, коже и реже - в селезенке, костях, суставах, скелетных мышцах, сердце и нервной системе.