

В связи с неуклонным ростом числа людей перенесших стомирующие операции одним из показателей цивилизованности общества является решение проблемы их медико-социальной реабилитации, так как это отражает реальную заботу государства о здоровье населения. К сожалению, эти цифры весьма приблизительны, поскольку в РФ отсутствует статистика в отношении этой группы пациентов.

Цель исследования: определить: количество больных, которым произведены стомирующие операции в ЛПУ г.Саратова и области с 2000 по 2011 г. г. сколько из них проведена реабилитация и выполнены восстановительные операции.

Материал и методы. На кафедре факультетской хирургии и онкологии СГМУ произведен ретроспективный статистический анализ историй болезней пациентов, которым за этот период наложен наружный кишечный свищ, выполнены восстановительные операции и сколько из них были обеспечены техническими средствами ухода за стомами (ТСР).

Результаты и обсуждение.

За 12 лет в ЛПУ г. Саратова и области выполнено 3921 стомирующих операций больным в возрасте от 16 до 89 лет (в 2000 г.- 156; в 2001 г. – 164; в 2002 г. – 162; в 2003 г. – 173; в 2004 г. – 256; в 2005 г. – 257; в 2006 г. – 319; в 2007 г. – 399; в 2008 г. – 447; в 2009 г. – 590; в 2010 г. – 533; в 2011 г. – 465). Из них по экстренным показаниям – 866 (22,1%) (в 2000 г. – 48; в 2001 г. – 38; в 2002 г. – 49; в 2003 г. – 68; в 2004 г. – 68; в 2005 г. – 78; в 2006 г. – 90; в 2007 г. – 89; в 2008 г. – 61; в 2009 г. – 78; в 2010 г. – 108; в 2011 г. – 91).

Мужчин было 1804 (46%) человек; женщин – 2117 (54%). Место проживания: г. Саратов – 52%; районные центры – 31% ; село – 17%.

Причиной наложения стом являлись: колоректальный рак – 3556 (90,7%) больных; «доброкачественные» заболевания органов брюшной полости – 314 (8%); злокачественные новообразования других органов – 51 (1,3%).

При колоректальном раке стома была следствием 1890 (48,2%) радикальных операций: брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки – у 889 (47%) больного; “типа Гартмана” – у 504 (27%); obstructивная резекция сигмовидной кишки – у 241 (12,6%) и других отделов ободочной кишки – 256 (13,4%) . С паллиативной целью стома наложена 2031 (51,8%) пациентам.

В 83,3% случаях наружный свищ накладывался на различные отделы ободочной кишки, и у 16,3% – на тонкую (в 81,7% с превентивной целью). Стомирование произведено: с использованием лапароскопической техники у 145 (3,7%) больных, из «мини-доступа» – у 435 (11,1%).

Причиной к выполнению операции у 861 (22,1%) больных по экстренным показаниям были: (перфорация опухоли, дивертикула; кровотечение; травма кишки; острая кишечная непроходимость).

В клиник с 2008 по 2011 г.г. выполнено закрытие колостомы 65 пациентом (мужчин – 38, женщин –

27). Одноствольная стома была у 36 больных, двухствольная – у 29.

С 2005 г. стомированные инвалиды обеспечиваются техническими средствами реабилитации (ТСР) за счёт бюджета. Всего в г. Саратове и области с 2005 по 2010 гг. получили ТСР 5069 человек (первично – 2237; вторично – 2832)

Выводы. В ЛПУ г. Саратова и области операции по поводу патологии ободочной и прямой кишки; в 47,5% случаев заканчиваются наложением временного или постоянного наружного кишечного свища; основной причиной стомии (90,7%) является колоректальный рак; по экстренным показаниям операции производятся у 22,1% больных; возрастает число стомированных пациентов, которым в последующем, возможно выполнение восстановительных операций; с 2005 г. большая часть стомированных пациентов после определения группы инвалидности обеспечивается техническими средствами ухода за стомой (калоприёмниками).

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ПРИ НЕПАЛЬПИРУЕМЫХ ОПУХОЛЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.Ф. Жандарова, В.С. Горячева, О.А. Калмыкова

Саратовский ГМУ им.В.И.Разумовского, Россия

E-mail авторов: Vikki-blond@mail.ru

Рак молочной железы в РФ, по-прежнему, занимает первое место среди злокачественных новообразований у женщин. Ежегодно заболеваемость возрастает на 1-2%. На современном этапе диагностика данной патологии основывается на комплексном обследовании, включающем клинический, рентгенологический, ультразвуковой и морфологический методы. Среди патологических изменений, выявляемых на маммограммах, особый интерес представляет группа мелкоочаговых затемнений, не поддающихся пальпации. Рентгенологически, при непальпируемых опухолях на фоне фиброзных изменений, оценка характера выявленного очага вызывает большие диагностические трудности. При ультразвуковом исследовании чаще визуализируются фиброзно-кистозная мастопатия, киста, реже – фиброаденома. В таких случаях наиболее информативным является морфологическая верификация выявленных изменений.

Цель исследования: проанализировать информативность цитологического метода исследования при непальпируемых опухолях молочной железы.

Материалы и методы.

В клинике онкологии за 2011 год, с целью верификации непальпируемого образования в молочной железе, выполнена пункционно-аспирационная биопсия под контролем УЗИ у 335 женщин. Большую часть составили женщины в возрасте от 40 до 60 лет (86%) с преимущественной локализацией в верхне-

наружном квадранте (82%). Размер образования от 1,0 до 2,5 см в диаметре был у 89% больных.

Результаты исследования. При анализе цитогрaмм у 108 (32,2%) была выявлена киста. Фиброаденома констатирована у 67 (20%) пациенток, узловa мастопaтия у 51 (15,2%) больной, жировaя дoля у 39 (11,6%) человек; липoмa установленa у 7 (2,2%) пациенток, липогранулема – у трех больных (0,9%), организовaнная гемaтoмa у двух человек (0,6%). Подозрение на рак обнаружено в 15 (4,8%) наблюдениях. Рак молочной железы диагностирован у 42 (12,5%) пациенток, из них у 8 больных также были выявлены метастазы в лимфатические узлы. Всем пациенткам с доброкачественной патологией произведена секторальная резекция с предварительной маркировкой опухоли под контролем УЗИ. При раке молочной железы, согласно решению онкоконсилиума, выполнена квадрантэктомия с лимфодиссекцией с последующей гамма-терапией на зону послеоперационного рубца и регионарные лимфатические узлы. Результаты цитологического исследования сопоставлены с данными окончательного гистологического заключения. Информативность цитологического метода составила 98,6%.

Выводы. Тонкоигольная аспирационная биопсия под контролем УЗИ позволила верифицировать рак молочной железы в 12,5%. Многоэтапная диагностика, с целью раннего выявления рака молочной железы, является наиболее современным вариантом при непальпируемых опухолях.

НОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ СТАДИЙНОСТИ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА НА ОСНОВЕ МОНИТОРИНГА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА

Т.Н. Жевак, Н.П. Чеснокова, Т.В. Шелехова

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия

E-mail авторов: zhevakt@rambler.ru

Проблемы этиологии, патогенеза и лечения хронического лимфолейкоза (ХЛЛ) остаются актуальными в связи с тем, что, с одной стороны, указанная патология относится к категории наиболее распространенных видов лейкоза, а с другой – до настоящего момента не разработаны высокоэффективные, патогенетически обоснованные принципы диагностики и комплексной терапии заболевания.

Общепринятыми в настоящее время являются классификации стадий развития ХЛЛ авторов Rai (1975) и Binet (1981), которые основываются на изменении гематологических показателей крови (лимфоцитоз и присоединяющиеся на поздних стадиях анемия и тромбоцитопения), а также интегративных показателей общесоматического статуса больных (лимоаденопатия, гепато- и спленомегалия). В дан-

ных классификациях не учитываются функциональная активность В-лимфоцитов, изменение иммунного и цитокинового статусов.

Цель работы: изучение динамических сдвигов цитокинового профиля крови при ХЛЛ различной степени тяжести по содержанию в сыворотке крови IL-4, IL-6, IL-7, IL-10 и TNF- α , а также установление патогенетической взаимосвязи между характером изменения содержания в крови указанных цитокинов и тяжестью клинических проявлений патологии для выявления новых диагностических и прогностических критериев развития ХЛЛ.

Материал и методы.

Проведено комплексное обследование 60 больных в возрасте от 48 до 83 лет, находившихся на обследовании и стационарном лечении в клинике профпатологии и гематологии г. Саратова. Больные рандомизированы в 4 группы наблюдения в соответствии со стадией заболевания по классификации Rai K.R., 1975.

Уровень цитокинов в крови пациентов с ХЛЛ определялся методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием иммуноферментных тест-систем («Вектор-Бест», Санкт-Петербург) на иммуноферментном анализаторе «Alfa Prime» фирмы «Meredith Diagnostics» (Англия, 2006). Математическая обработка данных выполнена с применением современных статистических прикладных программ Microsoft Office: пакеты Excel и Microsoft Graf, Statistica 6.0 (Stat Soft Inc.).

Результаты исследований позволили обнаружить следующие изменения цитокинового статуса. Как оказалось, закономерной особенностью изменения цитокинового профиля крови на различных стадиях развития В-ХЛЛ является увеличение содержания в сыворотке крови IL-4, IL-6 и IL-7, IL-10 и TNF- α , обладающих полипотентным локальным и системным действием. Одномоментное возрастание показателей содержания в крови IL-6, IL-7 и IL-10 может быть использовано в качестве дополнительных диагностических критериев при верификации диагноза ХЛЛ уже на начальной стадии заболевания наряду с традиционными методами клинико-лабораторной оценки гематологических сдвигов, и, следовательно, дополнить существующие классификационные признаки тяжести течения ХЛЛ.

Обнаружен параллелизм между увеличением содержания в крови IL-4, TNF- α , усугублением тяжести патологии и нарушением клеточного состава периферической крови: уровень указанных цитокинов в крови возрастает уже на I стадии ХЛЛ, достигая максимальных величин на IV стадии развития ХЛЛ. Мониторинг показателей содержания в крови IL-4 и TNF- α в качестве объективных диагностических и прогностических критериев прогрессирующего течения В-ХЛЛ, может сыграть важную роль для оценки эффективности комплексной терапии.