

Биопсихосоциальная синергетическая модель формирования онкологических заболеваний требует внедрения мультидисциплинарных бригадных форм организации профилактики, коррекции и реабилитации.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ

М.И. Рустамов, Р.Р. Гаффаров

Самаркандский ГМИ, Узбекистан

Несмотря на множество оперативных методов лечения, частота осложнений и рецидивов при парапроктитах остается высокой и составляет 15-30%. В проктологическое отделение клиники СамМИ в 2004-10 гг. госпитализировано 120 больных с ишиоректальным парапроктитом. Из них 74 мужчин, 46 женщин в возрасте от 19 до 71 лет (средний - 43,8 лет). Проводилось экстренное оперативное вмешательство под общей или перидуральной анестезией с широким рассечением, промыванием полости с антисептическими растворами и дренированием параректальной клетчатки. Антибактериальная терапия осуществлялась лимфотропным введением лекарственного препарата. Из 120 больных 96 больным в комплексное лечение было включено введение антибиотиков в регионарные лимфатические пути. Инъекции антибиотика предшествовала инъекция вещества-проводника, в качестве которого нами использован раствор 64 ЕД лидазы в 1 мл 0,5% новокаина. Наши данные показали, что исчезновение боли у пациентов наблюдалось через $1,3 \pm 0,7$ дня; исчезновение гиперемии кожи вокруг раны через $1,7,0 \pm 0,3$; прекращение экссудации из раны на $2,1 \pm 0,9$ суток; рассасывание инфильтрата через $2,0 \pm 0,5$ дня; начало гранулирования на 3 ± 1 сутки. Средняя убыль площади раневой поверхности за 5 дней была равна 26,2%. Срок госпитализации сократился до 6-7 дней, чем в контрольной группе у 24 больных, срок госпитализации которых равнялся 9-10 дней.

Таким образом, предложенный нами метод имеет преимущество перед традиционными методами лечения тем, что ускоряет процессы ограничения воспаления и рассасывания инфильтратов.

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.Г. Сияков, П.Б. Зотов, В.В. Вишневков

Тюменский ООД, г. Тюмень, Россия

В России, как и во многих странах мира, рак молочной железы (РМЖ) занимает ведущее место в структуре онкологической заболеваемости у женщин (Чиссов В.И., 2009). Масштабные научные исследования свидетельствуют, что внедрение в последние годы современных скрининговых программ во многих регионах страны способствовало повышению показате-

лей выявления РМЖ на ранних стадиях. Это позволило увеличить долю больных, получающих комплексное лечение, повысить терапевтический эффект и снизить показатели смертности (Семиглазов В.Ф., 2003; Сияков А.Г. и соавт., 2009; Harris J., 2004 и др.).

Последующий этап динамического наблюдения женщин 3 клинической группы диспансерного учета, в отличие от первичного скрининга, не претерпел каких-либо значительных организационных изменений в течение многих десятилетий. Между тем, вопрос раннего выявления рецидива и метастазирования имеет высокую медицинскую и социальную значимость. Известно, что прогрессирование РМЖ наиболее часто проявляется гематогенным метастазированием с поражением костной системы, легких, печени и головного мозга. Своевременная диагностика симптомов вторичного поражения этих органов повышает эффективность всех методов лечения. Это ведет к снижению риска возникновения осложнений характерных для РМЖ (патологический перелом позвоночника, хронический болевой синдром и др.), и в конечном итоге улучшает показатели выживаемости, социальной адаптации и качества жизни данной категории больных (Давыдов М.И., 2008 и др.). Многочисленные научные публикации отражают самые различные аспекты этой работы. Однако комплексного решения вопроса, как с организационных позиций, так и системного практического внедрения имеющихся методов третичной профилактики, не представлено. Действующие в настоящее время руководящие документы по организации онкологической помощи так же не дают однозначного ответа. В связи с этим актуальными являются исследования, направленные на поиск новых подходов к организации системы третичной профилактики, системному внедрению, рациональному использованию инновационных технологий диагностики и лечения на всех этапах динамического наблюдения больных РМЖ.

В Тюменском ООД в течение ряда лет проводится планомерная работа по организации региональной системы третичной профилактики при РМЖ. С целью обоснования каждого элемента системы проводились комплексные исследования по оценке факторов риска для основных клинически значимых зон вероятностного метастазирования, определению ключевых этапов в нарушении маршрутизации и ошибок в тактике ведения больных в период динамического наблюдения в системе «участковая поликлиника – онкологический диспансер». На основании полученных данных разработаны типовые программы системы диагностики, функционирующие в системе спецрегистра.

ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Д.В. Фокин, В.А. Дударев

ГБ № 20 им. И.С. Берзона, г. Красноярск, Россия

Проблема желчнокаменной болезни приобрела социальный характер из-за распространенности заболевания. В лечении неосложненного холецистолитиаза

неоспоримым «золотым стандартом» является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), которая становится рутинной, «традиционной» операцией и с успехом выполняется во многих стационарах.

Цель работы: показать возможности изменения техники ЛХЭ, модифицируя количество введенных троакаров и интраоперационное распределение рабочей нагрузки на каждый из них.

Материалы и методы.

В клинике ГБ № 20 им. И.С. Берзона г. Красноярска ЛХЭ выполнена на момент исследования у 267 пациентов. Традиционное количество лапаропортов изменено у 45 больных (20,9%): у 32 пациентов с желчнокаменной болезнью и у 13 с полипами желчного пузыря.

Результаты и обсуждения.

Сущность ЛХЭ из 3 доступов заключается в следующем: первый порт -10 или 6-мм троакар устанавливаем на 1 см ниже пупочного кольца по средней линии – для введения телескопа; второй - после проведения обзорной лапароскопии устанавливаем второй 10-мм-вый порт – по средней линии, отступя от мечевидного отростка одну четверть расстояния между ним и пупком – для выполнения всех этапов холецистэктомии; третий порт 5-мм-вый – устанавливаем по правой переднеаксилярной линии ниже реберной дуги на 2-4 см. Через этот лапаропорт проводится эндограспер, которым производится тракция шейки и Гартмановского кармана желчного пузыря, а на этапе выделения желчного пузыря из ложа с помощью ротации и тракции без фиксации за дно желчного пузыря. Тракцию пузыря за дно проводим эндограспером, проведенным через 3-ий лапаропорт. Разделение спаек производим и коагуляционным крючком. Идентификацию пузырного протока с помощью эндодиссектора производим через второй троакар (эпигастральный), используя переходник с 10 мм на 5 мм. Эндодиссектором производим дальнейшую препаровку и выделение элементов треугольника Кало, подготавливаем к клипированию пузырный проток и артерию. Убираем переходник из второго троакара и производим клипирование пузырного протока и артерии. Желчный пузырь захватывается эндограспером через 3-ий троакар за шейку или Гартмановский карман и, «закручивая» кверху-наружу, производится его постоянная тракция. После отделения желчного пузыря через 2-ой троакар вводится эндограспер и желчный пузырь извлекается из брюшной полости через 10 мм (эпигастральный) троакар. При наличии в просвете крупных (более 10 мм) конкрементов прибегаем либо к расширению раны апоневроза, либо к фрагментации конкрементов в просвете пузыря. При напряженном желчном пузыре, особенно в момент извлечения его из брюшной полости, для уменьшения его объема производим пункцию, эвакуируем желчь, затем удаляем желчный пузырь из брюшной полости под визуальным контролем. Производим ревизию ложа желчного пузыря, при необходимости санацию подпеченочного пространства, выполняем десуфляцию. Длительность модифицированной операции не превышала времени традиционной ЛХЭ. Необходимости конверсий не возник-

ло. Послеоперационный период при модификации техники ЛХЭ у всех детей протекал без осложнений.

Таким образом, накопление опыта выполнения традиционной ЛХЭ позволяет успешно выполнять модифицированную холецистэктомию. ЛХЭ из 3 доступов не сужает технические возможности оператора не только при технически простых вариантах холелитиаза, но и в случаях интраоперационных осложнений, не ограничивает должествующий объем операции даже при спячном процессе, усиливает эффект малоинвазивности вмешательства, является перспективной оперативной технологией.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМА ЛИМФОДИСЕКЦИИ

А.Ф. Ховари, Н.А. Шаназаров

МНПЦ, г. Томск, Россия
Тюменская ГМА, г. Тюмень, Россия

Почечно-клеточный рак (ПКР) - в настоящее время общепринятый термин для обозначения рака, развившегося из эпителия почечных канальцев. Среди урологических опухолей рак почки занимает третье место после новообразований предстательной железы и мочевого пузыря, а по смертности находится на первом месте. Известно, что рак почки обладает высоким метастатическим потенциалом в любые органы и ткани организма. Устойчивость рака почки к цитотоксической химиотерапии во многом связана с высоким уровнем экспрессии гена лекарственной устойчивости (MDR-1). В связи с этим для большинства больных единственной возможностью и надеждой на излечение является использование радикального метода лечения - нефрэктомии. Операция показана во всех случаях, когда пораженная почка удалима, функциональная способность контрлатеральной почки сохранена и нет противопоказаний к операции. Вместе с тем, нет достаточно четкой формулировки показаний и противопоказаний к выполнению расширенной лимфодиссекции при ПКР, что делает все научные исследования, направленные на решение проблемы повышения эффективности хирургического лечения почечно-клеточного рака, актуальными.

Цель исследования: оценить эффективность разработанной расширенной лимфодиссекции в хирургическом лечении почечно-клеточного рака.

Материал и методы.

Нами проведен анализ результатов хирургического лечения 150 пациентов с почечно-клеточным раком, которым была произведена нефрэктомия. Пациенты были разделены на 3 группы в соответствии с проведенными объемами лимфодиссекции. Первую группу составили пациенты, которым была произведена простая (без лимфодиссекции) нефрэктомия, вторую группу составили пациенты, у которых нефрэктомия была дополнена селективной лимфодиссекцией. В третьей группе больных производилась нефрэктомия с расширенной лимфодиссекцией.