

и прикладных исследований // Химия природных соединений. – 2000. – №1. – С.3-11

4. Хотимченко Ю.С., Одинцова М.В., Ковалев В.В.

Полисорбовит: монография. – Томск: НТЛ, 2001. – 132 с.

5. Эмануэль Н.М., Кнорре Д.Г. Курс химической кинетики. – 3-е изд. пер. и доп. – М.: Высш. школа, 1974. – 400 с.

Информация об авторах: 357500, Пятигорск, ул. Калинина 11, Пятигорская ГФА, тел. (8793) 32-33-36; e-mail: n.s.zyablitseva@yandex.ru, Кисиева Манана Тенгизовна – аспирант; Мыкоц Лилия Петровна – заведующая кафедрой, к.ф.н., доцент; Туховская Нина Александровна – старший преподаватель, к.ф.н.; Бондарь Светлана Николаевна – преподаватель; Зяблицева Надежда Сергеевна – старший преподаватель, к.ф.н.; Компанцев Владислав Алексеевич – заведующий кафедрой, д.ф.н., профессор; Белоусова Анна Леонидовна – преподаватель, к.ф.н.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© ОНОПКО В.Ф. – 2010

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКЦИИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

В.Ф. Онопко

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов,
кафедра общей хирургии с курсом урологии, зав. – д.м.н., проф. В.А. Белобородов)

Резюме. Проведено обследование и лечение 76 больных раком шейки матки с обструкцией тазового и поясничного отделов мочеточников и гидроуретеронефрозом. Обструкция правого мочеточника было у 36, левого – у 40 больных. Стриктура мочеточника развилась у 32 (42,1%) больных с прогрессирующим течением заболевания на фоне комбинированного лечения, у 20 (26,3%) – после лучевой гамма терапии. У 24 (31,6%) больных имела место интермиттирующая обструкция мочевых путей. Радикальная операция была выполнена 22 больным. У 8 из них в сроки от 12 до 18 мес. развился ретенноз мочеточника. У 54 больных лечебные вмешательства носили паллиативный характер. Успешное лечение развившейся обструкции мочеточников возможно только при излечении опухолевого процесса и стихании лучевой реакции в тканях.

Ключевые слова: рак шейки матки, обструкция мочеточников, гидроуретеронефроз, уретеро-уретероанастомоз.

THE CHOICE OF TREATMENT TACTICS IN CASE OF THE URETER DISTAL SECTION OBSTRUCTION OF THE PATIENTS WITH THE CANCER OF CERVIX OF THE UTERUS

V.F. Onopko

(Irkutsk State Medical University)

Summary. They carried out the check up and treatment of 76 patients (at the age from 26 to 74) with the cancer of cervix of the uterus with the obstruction of ureter pelvis section and hydroureteronephrosis. 36 patients had the injury of the right ureter and 40 women had the injury of the left ureter. 32 patients (42,1%) with progressive passing of the cancer of cervix of the uterus against a background of combined treatment and 20 patients (26,3%) after gamma radiotherapy had the ureteric stricture. Radical operation of 22 patients was performed. During the period from 12 to 18 months eight operated patients had ureter restenosis. Operations of 54 patients were of palliative nature. Successful treatment of the developed ureter obstruction is possible only in case of extraction of the cancerous growth process and falling of radio reaction in tissues.

Key words: cancer shakes wombs, obstruction of the ureter, hydroureteronephrosis, uretero-ureteroanastomosis.

Среди урологических заболеваний все чаще встречается обструкция дистального и поясничного отделов мочеточников, развитие которой связано с возросшим числом заболеваний органов малого таза и забрюшинного пространства, а также анатомо-функциональными особенностями этих отделов мочеточников [6].

Причины развития обструкции тазового отдела мочеточников при раке шейки матки (РШМ) кроются как в клиническом течении самого заболевания, так и в осложнениях, возникших при его лечении, прежде всего комбинированном [3]. При РШМ у 15,0-35,7% больных в опухолевый процесс прямо или косвенно вовлекаются один или оба мочеточника, что приводит к развитию односторонней или двусторонней их обструкции (стеноз, стриктуры или облитерации) [2,7]. Лучевая терапия заболевания в 0,4-5,5% случаев осложняется повреждением мочеточников, развитием обструктивной нефропатии [7].

Несмотря на многочисленные исследования, многие проблемы обструктивной нефропатии при РШМ до настоящего времени не решены. И хотя реконструктивно-пластические операции остаются основным радикальным видом лечения как протяженных, так и коротких стриктур мочеточников, не всегда удается добиться их ликвидации и восстановить

функцию пораженной почки [1,2,10]. Нередко таким больным может быть оказана лишь паллиативная помощь ввиду распространенности патологического процесса или протяженности стриктуры мочеточников [7,8].

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности лечения обструкции мочеточников, развившихся в процессе течения заболевания РШМ и его лечения.

Материал и методы

В клиническую группу вошли 76 больных РШМ с обструкцией тазового и поясничного отделов мочеточников и развитием гидроуретеронефроза в возрасте от 26 до 74 лет. Повреждение правого мочеточника было у 36, левого – у 40 больных.

Диагноз заболевания устанавливался в соответствии со стандартами обследования онкологических больных и имел цитологическую и гистологическую верификацию. Критерием отбора больных служило наличие гидроуретеронефроза и ретенции верхних мочевых путей различной степени тяжести, развившихся в процессе течения и лечения заболевания. Для выявления локализации обструкции, её протяженности и определения степени нарушения уродина-

мики, функции почек и других осложнений наряду с общеклиническим обследованием, были проведены ультразвуковые, рентгено-радиологические, эндоскопические (цистоскопия), морфологические исследования.

Результаты и обсуждение

Двусторонняя стриктура мочеточников развилась у 19 (25%) больных с прогрессирующим течением РШМ на фоне комбинированного лечения. Нарастание степени гидроуретеронефроза соответствовало длительности обструктивного синдрома и распространенности опухолевого процесса. Уже через три месяца после развития обструкции у 14 больных определялась хроническая почечная недостаточность (ХПН) различной степени тяжести, а у 5 больных выявлялся гидроуретеронефроз III-IV степени [7].

Несмотря на резистентность мочеточников к лучевой радиации, у 35 (46%) больных в раннем послелучевом периоде (1-3 мес.) отмечались признаки обструктивной нефропатии, обусловленной отёком забрюшинной клетчатки и сдавлением мочеточников. Однако, у 32 (91,4%) больных эти изменения носили транзиторный характер, но несмотря на это, 24 из них на 1-7 месяцев был установлен мочеточниково-лоханочный стент, который после восстановления уродинамики был удален, и только у 11 больных в эти же сроки уродинамика восстановилась самостоятельно без установки стента, а у 3 (8,6%) больных развилась индукция тазовой и забрюшинной клетчатки с формированием рубцовых стриктур мочеточников, что привело к гидроуретеронефрозу и ХПН.

У 22 (28,9%) больных, не имевших изменений со стороны органов мочевой системы в раннем послелучевом периоде, через 6-8 месяцев был выявлен гидроуретеронефроз I-III степени. При этом односторонний процесс диагностирован у 16 и двусторонний – у 6 больных.

Замедлить или остановить нефросклероз при обструкции дистального отдела мочеточников возможно лишь при условии своевременного её устранения.

Все виды лечения были разделены на радикальные и паллиативные. Радикальное лечение включало в себя хирургические и эндоскопические вмешательства, позволяющие устранить обструкцию и восстановить уродинамику. Прямой уретероцистоанастомоз был выполнен у 6 больных, непрямым (по Боари) – у 10, уретеро-уретероанастомоз – у 4, нефрэктомия – у 5, эндоскопическое рассечение стриктуры мочеточника – у 2 больных (табл. 1).

основного заболевания благоприятный, а технические возможности провести эту операцию имеются, и в тоже время невозможно выполнить другие виды операций, в т.ч. кишечную пластику и уретероцистоанастомоз. Из 4 выполненных нами уретеро-уретероанастомозов 2 провели по обычной методике путём наложения прямого анастомоза между концами резецированного мочеточника [11]. Однако, по нашему мнению, данный способ обладает существенным недостатком, поскольку нет полной адаптации сопрягающихся концов мочеточника, что и привело к рестенозу мочеточника у одной больной [5].

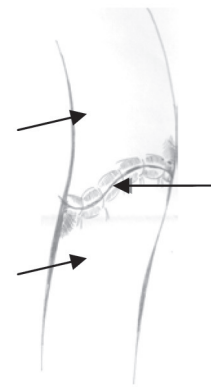
Двое больных были оперированы по разработанному нами способу уретеро-уретероанастомоза [9].

Протяженность стриктуры была от 1,5 до 2,5 см, что потребовало мобилизации как почки, так и мочеточника. Это позволило наложить анастомоз без натяжения. Осложнений операций в раннем и отдаленном послеоперационном периоде не было.

Сущность предложенного способа лечения стеноза мочеточника представлена на рис. 1. Мы формировали S-образно верхний и нижний концы мочеточника, что обеспечивало как хорошее заживление раны, так и сохранение хорошей уродинамики в зоне анастомоза, поскольку периметр реконструированного просвета мочеточника становится длиннее за счет синусоиды, сохранялся просвет мочеточника.

Нами было выполнено 22 пластических оперативных вмешательства. У 14 (18,4%) больных лечение оказалось эффективным, у 8 (36,4%) больных в сроки от 12 до 18 мес. наступил рестеноз анастомоза, который был обусловлен прогрессирующим течением РШМ, им были выполнены паллиативные вмешательства (табл. 1).

Рис. 1. S-образный уретеро-уретероанастомоз:
1 – верхний конец мочеточника,
2 – нижний конец мочеточника,
3 – S-образный анастомоз мочеточника.



Виды оперативных вмешательств, выполненных при обструкции мочеточников у больных РШМ

Вид операции	Количество больных	
	абс.	% (95%ДИ)
Прямой уретероцистоанастомоз	6	7,9 (5,92-9,88)
Непрямой уретероцистоанастомоз (по Боари)	10	13,2 (11,22-15,18)
Уретеро-уретероанастомоз	4	5,3 (3,32-7,28)
Нефрэктомия	5	6,6 (4,62-8,58)
Эндоскопическое рассечение стриктуры уретры	2	2,6 (0,62-4,58)
ЧПНС	18	23,7 (21,71- 25,69)
Пиелоуретеральный стент	31	40,8 (38,80-42,80)
Всего	76	100,0

Важно отметить, что сложности восстановления проходимости мочеточников при обструкции заключаются в выраженном фиброзном изменении окружающих тканей и нарушении их трофики, а также в тех трудностях, которые возникают при выделении их из рубцовых тканей. Поэтому выполнение уретеро-уретероанастомоза является сложной, часто неэффективной, а нередко и невозможной операцией. Но эта операция показана во всех тех случаях, когда прогноз

Таблица 1

Паллиативные вмешательства служили или промежуточным звеном в лечении обструкции мочеточников или носили симптоматический характер. Установка внутреннего мочеточниково-лоханочного стента на сроки от 3 до 12 мес. проведено 31 больной, но уже через 3-6 мес. 7 больным с нарастающим гидроуретеронефрозом стент был заменен на чрескожную пункционную нефростомию (ЧПНС), а у остальных 24 больных наступило выздоровление. Открытая и ЧПНС была наложена 18 больным. Через 1-2 года после их установки 3 больным с неблагоприятным течением заболевания была выполнена нефрэктомия, еще 8 больных умерли от прогрессирования РШМ.

Таким образом, течение и лечение РШМ сопряжено с риском механического или лучевого повреждения мочеточников и окружающих их тканей, что неизбежно приводит к развитию гидроуретеронефроза, обструктивной нефропатии. Успешное лечение развившихся осложнений возможно только при излечении онкологического заболевания и стихании лучевой реакции в тканях. Паллиативные методы лечения носят симптоматический характер и позволяют деблокировать почку, замедлить или предотвратить прогрессирующую гибель её паренхимы.

мочеточника // Хирургия. – 2006. – №4. – С.74-75.

2. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – М.: Медицина, 1989. – 268 с.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акрамов Э.Х., Волкович О.В., Васильева О.И., Содыль О.С. Успешное оперативное лечение длительной обструкции

3. Городецкий Е.А., Косников А.Г., Максимов С.Я. Факторы риска развития урологических осложнений у больных раком шейки матки. – М., 2002. – 189 с.

4. Карпенко В.С., Переверзев А.С. Хирургическое лечение двусторонних заболеваний почек и мочевыводящих путей. – Киев: Здоров'я, 1983. – 87 с.

5. Кернесюк М.Н. Обоснование микрохирургических операций на брюшной части мочеточника: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 27 с.

6. Комяков Б.К., Гулиев Б. Г. Хирургия протяженных сужений мочеточников. – СПб.: Диалект, 2005. – 256 с.

7. Меских А.В. Мониторинг осложнений со стороны мочевыделительной системы при комбинированном лечении рака шейки и тела матки: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.

– М., 2008. – 27 с.

8. Новикова Е.Г., Смирнова С.В., Русаков И.Г. Теплов А.А. Стриктуры мочеточника у больных раком шейки матки: состояние проблемы, профилактика и лечение // Российский онкологический журнал. – 2006. – №5. – С.51-55.

9. Патент РФ на изобретение №2285465 от 20.10.2006 Способ лечения стеноза мочеточника / А.А. Соловьев, В.Ф. Оношко.

10. Петров С.Б., Шпиленя Е.С., Какушадзе З.А., Богданов А.Б. // Журнал акушерские и женские болезни. – 2000. – Т. 49, №4. – С.31-34.

11. Оперативная урология: Рук-во для врачей. – Л., 1986. – 181 с.

Информация об авторе: 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, ИГМУ, кафедра общей хирургии с курсом урологии, тел. 8-902-900-22-02, e-mail: urology@irk.ru, Оношко Виктор Фёдорович – доцент, к.м.н.

© ЛУКЬЯНЕНКО Н.Я., ШОЙХЕТ Я.Н., КОНОВАЛОВ В.К. – 2010

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЛОСТНЫХ ФОРМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКИХ

Н.Я. Лукьяненко¹, Я.Н. Шойхет², В.К. Коновалов²

(¹КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края», гл. врач – к.м.н. В.А. Лещенко; ²Алтайский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. В.М. Брюханов, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии, зав. – д.м.н., проф. В.В. Федоров)

Резюме. В данной работе представлен анализ рентгенодиагностических, клинических, лабораторных методов исследования больных с полостными формами периферического рака легких, с целью изучения основных причин врачебных ошибок. Установлено, что причинами врачебных ошибок у больных с полостными формами периферического рака легких были недостаточная выраженность ведущих клинических признаков течения заболевания, отсутствие комплексного подхода в определении объема и методов обследования, недостаточность учета основных рентгенологических признаков (локализации, плотности, структуры образования, полости распада); отсутствие алгоритма в этапности диагностического процесса и поздняя доступность специализированной медицинской помощи.

Ключевые слова: полостная форма периферического рака легких, компьютерная томография, врачебные ошибки.

THE PROBLEMS IN DIAGNOSIS OF CAVITARY CANCER OF LUNGS

N.Y. Lukyanenko¹, Y.N. Shoikhet¹, V.K. Konovalov²
(¹Altai Diagnostic Center, ²Altai State Medical University)

Summary. This work contains information about analysis of x-ray images, clinical and laboratory methods of examination of patients with cavitary lung cancer for researching principal doctor's mistakes. Reasons of doctor's mistakes were: inexpressive main clinical features of development of disease, absence of complex methods of examination, overlook of elementary radiological features (localization, density, structure, cavity of decomposition); absence of algorithm of examination and late accessibility of special medical service.

Key words: cavitary lung cancer, computer tomography, doctor's mistakes.

Значительные трудности дифференциальной диагностики полостных форм периферического рака легких, обусловлены тем, что одному синдрому могут соответствовать многие заболевания [1,2,3]. Интерпретация клинических и лабораторных методов, используемых во врачебной практике, при атипичном течении заболевания приводит к ошибочному диагнозу. Это резко удлиняет сроки постановки окончательного диагноза и снижает эффективность лечения [1,3,4,5]. Классические методы рентгенологической диагностики в данных условиях не всегда могут обеспечить своевременную и правильную постановку диагноза пациенту [3,4].

Исходя из этого, представлялось интересным определение значимости рентгенодиагностических, клинических, лабораторных признаков среди больных полостными формами периферического рака легких, у которых были допущены диагностические ошибки.

Цель исследования: изучить основные причины врачебных ошибок при установлении окончательного диагноза больным с полостными формами периферического рака легких.

Материалы и методы

В ходе проведенного исследования использованы рентгенодиагностические, клинические, лабораторные методы исследования больных с полостными формами периферического рака легких.

В основную группу вошли 79 больных с нераспознанной

полостной формой периферического рака легкого вследствие допущенных врачебных ошибок в диагностике при обращении в лечебно-профилактические учреждения. Критерием отбора больных основной группы был срок установления окончательного диагноза позднее 14 дней от даты обращения в лечебно-профилактическое учреждение.

Группа сравнения составила 61 больной, у которых диагноз был поставлен при обращении в лечебно-профилактические учреждения в период до 14 дней.

Основная группа и группа сравнения были сопоставимы по возрастному составу, социальному статусу и структуре сопутствующей соматической патологии. Возрастной состав основной группы варьировал от 18 до 76 лет, средний возраст – 46,7±0,4 года. В группе сравнения колебался от 17 до 74 лет и составил в среднем 47,2±0,6 года. Основной сопутствующей патологией были гипертоническая болезнь (4,7% и 6,1%, p=0,55), хронические неспецифические заболевания легких (12,3% и 14,5%, p=0,63), сахарный диабет (2,4% и 1,8%, p=0,07). В ходе исследования определены уровни лечебных учреждений и сроки постановки окончательных диагнозов изучаемых патологий. Изучены основные причины врачебных ошибок при установлении окончательного диагноза у больных с полостными формами периферического рака легких.

Рассмотрены основные лучевые методы диагностики (флюорография, рентгенография, линейная томография, компьютерная томография), используемые лечебно-профилактическими учреждениями и качество рентгенограмм.