

тальных (УЗИ, ЭФГДС, лапароскопия, КТ с внутривенным усилением) и лабораторных методов исследований.

У пациентов с тяжелыми формами панкреатита (тяжесть состояния по Ranson более 4 баллов) на фоне признаков деструкции железы в схему лечения включали антибактериальные препараты, в первую очередь группы карбапенемов и цефалоспоринов III поколения.

Оперативное пособие было оказано 194 пациентам с деструктивными формами острого панкреатита, что составило 92,8 %.

До 1999 г. в клинике методом выбора хирургического лечения деструктивного панкреатита была открытая лапаротомия, во время которой по показаниям выполняли некрэктомию, абдоминализацию поджелудочной железы, дренирование.

С 2000 г. в лечении деструкции поджелудочной железы широко используется лапароскопия с обязательным дренированием желчного дерева (транспеченочная холецистостомия) и брюшной полости (4-я трубками в стандартных точках). Показанием к выполнению лапароскопии в нашей клинике считаются: программируемые лапароскопии с санацией брюшной полости при распространенном перитоните; ухудшение клинической картины у пациента с отечным панкреатитом.

«Открытые» операции были выполнены у 88 (45,4 %) пациентов, малоинвазивные вмешательства — у 106 (54,6 %).

Общая летальность (без дифференциации клинических форм острого панкреатита) составила 4,8 %, послеоперационная — 25,3 %. Летальность после лапароскопических вмешательств 17,9 %, после «открытых» — 37,5 %.

Таким образом, выработанная в клинике тактика индивидуального подхода к выбору метода лечения больных острым деструктивным панкреатитом в зависимости от стадии течения и наличия осложнений, применение новых — малоинвазивных технологий, позволила снизить общую и послеоперационную летальность.

П.Г. Курдюкова, М.П. Кисельникова, Н.В. Попова

СТРУКТУРА АМБУЛАТОРНЫХ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Поликлиника МУЗ «Больница № 4» (Улан-Удэ)

С введением системы одноканального финансирования, изменения методов взаиморасчетов и финансирования актуальной становится проблема полного колопроктологического обследования больных. Отсутствие квалифицированных специалистов по их месту жительства нередко является причиной прогрессирования заболевания и позднего обращения за специализированной медицинской помощью.

Кабинет колопроктолога имеется в республике только в поликлинике МУЗ «Больница № 4». В настоящее время там работают квалифицированные специалисты, имеющие соответствующую подготовку и, что немаловажно, сертификаты. Из-за отсутствия в республике детского проктолога, кроме кабинета врача, в составе имеется эндоскопический кабинет, где производятся осмотр больного, пальцевое исследование прямой кишки, анускопия, ректороманоскопия. Пациенты, нуждающиеся в колоноскопии, направляются в эндоскопическое отделение, в ирригоскопии — в рентгенологическое. Оснащение кабинета достаточное: это гинекологическое кресло, ректоскопы (15 комплектов), анускопы, ректальные зеркала, инструменты для биопсии.

Подавляющее большинство пациентов составляют жители г. Улан-Удэ: от 69,3 % до 77,4 %. Но в последние годы отмечается стабильное увеличение удельного веса жителей районов Республики. Так, в 2007 г. он составил 30,5 %. Преимущественно приезжают из близлежащих районов.

Наиболее часто обращаются по поводу различных форм геморроя (33,6 %) и хронического колита (10,5 %). Удельный вес обращений по поводу полипов анального канала, прямой и ободочной кишок составил 7 %, злокачественных новообразований — 6,3 %, анальных трещин — 6,2 %, острого парапроктита — 4,3 %, параректальных свищей — 4,2 %, больные с колостомами — 4,7 %, с неопухолевыми воспалительными заболеваниями — 4,0 %.

На консультативном приеме за три года произведено 11093 ректороманоскопий, практически это составляет 70 % от всех посещений. В 7 % исследований диагностированы полипы прямой и ободочной кишок, в 6,3 % — рак прямой или толстой кишок, диагноз хронического колита выставлен в 14,9 % случаях, проктосигмоидита — в 14,5 %, дисбактериоза — в 3,6 %, болезнь Крона, неспецифического язвенного колита — в 1 % случаев.

У больных, находившихся на лечении с уже выставленным диагнозом хронический колит, в 15 случаях обнаружен железистый полип ободочной и прямой кишок, в 6 — полипоз ободочной кишки, в 7 — рак сигмовидной кишки, в 4 — рак прямой кишки, в 2 — долихосигма, в 2 — колоптоз, у 6 больных

диагностированы дивертикулы ободочной кишки, у 2 — врожденная аномалия расположения толстой кишки, у 3 — болезнь Крона, в 10 — язвенно-некротический колит.

Специализированная амбулаторная служба по колопроктологии в настоящее время востребована. Ее наличие позволяет проводить диагностику и лечение больных с заболеваниями толстой и прямой кишок, уточнять диагнозы и корректировать тактику лечения, обучать больных приемам ухода, особенно за колостомами, проводить санитарно-просветительскую работу.

К.Б. Телявин

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАНДАРТНОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ И ЭЛЕКТРОВАПОРИЗАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОВЕРХНОСТНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Областной клинический онкологический диспансер (Иркутск)

Высокая частота рецидивирования поверхностного рака мочевого пузыря (РМП) во многом обусловлена недостаточным радикализмом первичной трансуретральной резекции (ТУР). Определенную часть выявляемых рецидивов поверхностного РМП составляют резидуальные опухоли, которые не были удалены во время ТУР. Особенность биологической агрессивности РМП диктует необходимость применения более эффективных эндоуретральных методов коагуляции с расширением зоны операционного действия, внутрипузырной лекарственной терапии, воздействующей на всю слизистую мочевого пузыря, направленную как на лечение, так и на профилактику рецидивов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность стандартной ТУР дополненной трансуретральной электровапоризацией (ТУЭВ) и внутрипузырной адьювантной лекарственной терапией в комплексном лечении больных поверхностным раком мочевого пузыря.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами проанализированы результаты эндоуретральных операций, выполненных в Иркутском областном клиническом онкологическом диспансере (главный врач — д-р мед. наук, профессор В.В. Дворниченко) в течение последних 5-ти лет по поводу поверхностных форм РМП. ТУР мочевого пузыря в различных комбинациях выполнена у 486 больных поверхностным РМП (T_a , T_{is} , T_1). В зависимости от вида эндоуретрального вмешательства больные были разделены на две группы: первая — стандартная ТУР у 165 (33,9 %); вторая — ТУР + ТУЭВ основания опухоли и окружающей слизистой на 1,5–2,0 см от зоны резекции у 321 (66,1 %) больных. Практически у всех пациентов эндоуретральные методы были дополнены внутрипузырной адьювантной монохимиотерапией (доксорубицином, митомицином С) и иммунотерапией (BCG). Так, в I группе у 64 пациентов использовали доксорубицин, у 60 — митомицин С, вакцину BCG — у 41 пациента. Во II группе использовали доксорубицин у 253 пациентов, митомицин С — у 33 и вакцину BCG — у 35 больных. Как самостоятельный метод ТУЭВ нами не использовался. Средний срок наблюдения пациентов составил $24,6 \pm 1,4$ мес. Частота заболеваемости поверхностным РМП была выше у мужчин (64,4 %). Медиана возраста у мужчин составила $54,2 \pm 1,6$ года, у женщин — $65,6 \pm 1,2$ лет. Наибольшее количество пациентов имело опухоль размером от 2 до 3 см — 193 (39,7 %); от 3 до 5 см — у 102 (20,9 %); от 1 до 2 см — у 66 (13,6 %) и менее 1 см — у 125 (25,7 %) пациентов. У 158 (32,5 %) больных диагностирован солитарный рост поверхностного РМП, мультифокальный — у 328 (67,5 %).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Интра- и послеоперационные осложнения отмечены у 9 (1,8 %) человек первой группы и 5 (1,0 %) пациентов второй группы. Из них внебрюшинная перфорация стенки мочевого пузыря (5), внутрибрюшинная перфорация (2), кровотечения из зоны резекции (7). Все кровотечения возникли у больных первой группы. Результаты эндоуретрального лечения поверхностного РМП были отслежены у 380 (78,2 %) пациентов. Рецидив поверхностного РМП диагностирован у 24,6 % больных второй группы и 75,4 % первой группы. Общая выживаемость в обеих группах составила 100%.

Таким образом, наш небольшой опыт и проведенный сравнительный анализ комплексных эндоуретральных методов лечения поверхностного РМП позволяет сделать вывод о целесообразности проведения стандартной ТУР в сочетании с ТУЭВ основания опухоли и окружающей слизистой на 1,5–2,0 см от зоны резекции и внутрипузырной адьювантной лекарственной терапией вакциной BCG. Метод ТУЭВ, дополняющий стандартную ТУР, примененный нами у 321 больного поверхностным РМП, позволил снизить количество рецидивов практически в 3 раза по сравнению со стандартной ТУР и повысить безопасность эндоуретральных операций по поводу поверхностного рака мочевого пузыря.