

свободного синтетического лоскута допускается частично под шейкой мочевого пузыря. При этом трудно предположить, что нагрузка при кашле и т.д. будет действовать строго изолированно на среднюю уретру, скорее всего произойдет перераспределение сил и динамическая компрессия скажется как на уретре так и на шейке мочевого пузыря. Фактически это может означать одновременно с позиционированием уретры и шейки артифициальное восстановление механизма удержания мочи. Отсюда возможны несколько вариантов исполнения синтетической ленты, в зависимости от необходимости коррекции расположения шейки мочевого пузыря и его дна.

Восстановление структуры, обеспечивающей механизм удержания мочи у женщин, по-прежнему остается сложной проблемой. До конца остается неясным и малоизученным влияние цистоцеле на отдельные стороны этого механизма. Как известно из литературы, пролапс встречается у 15-20% женщин в популяции, с возрастом увеличивается его частота и выраженность. Устранение самого пролапса приводит к проявлению скрытой инконтиненции, по данным ряда авторов до 80% случаев.

Вариант методики троакарного синтетического слинга может оказаться более предпочтительным для выполнения одномоментной операции, сутью которой является устранение цистоцеле свободным синтетическим лоскутом в сочетании со свободной синтетической петлей. Размеры лоскута могут быть любыми, в зависимости от необходимости восстановления площади стенок влагалища, но неизменно то, что всегда устанавливается свободная петля и тем самым одновременно фиксируется расположение шейки мочевого пузыря. Синтетический лоскут, являясь единым целым с лентой, проводимой в позадилоном пространстве, заменяет собственную утраченную структуру, позиционирующую естественным образом механизм удержания мочи. Перешеек лоскута имеет смысл в том, чтобы обеспечить своего рода шарнир для срабатывания петли, но вместе с этим его свободное размещение без дополнительной фиксации создает опору для мочевого пузыря. Широкая часть лоскута при этом как раз и обеспечивает устранение цистоцеле, позиционирование лоскута всегда сугубо индивидуально, равно как и его размеры и возможная форма. Использование троакара позволяет также сделать куда более разнообразными варианты установки петли. Так например, возможно использование ленты не 11 мм, как это предлагается в оригинальном представлении U. Ulmsten, а практически любой нужной в конкретном случае ширины и формы, что открывает шанс выполнения реконструктивно-пластической операции не только на средней уретре, но и с захватом области шейки мочевого пузыря. Поэтому конкретное исполнение петли лежит в диапазоне от простой ленты, полностью повторяющей оригинальную реализацию TVT, так и до весьма сложной геометрической фигуры, после имплантации которой достигается нужная функциональность и анатомия механизма удержания мочи.

Если учесть, что клинически значимой ввиду своей распространенности проблемой остается сочетание недержания мочи и выраженного пролапса, при котором нередко имеет место неполное опорожнение мочевого пузыря, то устранение инконтиненции процедурой TVT создает серьезную угрозу осложнений в отдаленном периоде. В этом случае выполнение троакарной операции является обоснованной и единственно минимально инвазивной методикой, при которой установка свободной синтетической петли допустима и является показанной для устранения неполного опорожнения с хорошей перспективой.

Следует особо отметить роль антибактериальной терапии, назначаемой за сутки до планируемого оперативного вмешательства и проводимой в течение 4 суток после установки синтетической ленты. В этом случае применение препарата ГАВАН-НИК неслучайно. Резистентность микрофлоры к левофлоксацину в настоящее время остается крайне низкой, а учитывая широкий антимикробный спектр и пути выведения, можно надеяться на существенное снижение риска возникновения воспалительной реакции и (или) отторжения имплантата. Приживление синтетики происходит в первые — вторые сутки после установки в ткани, поэтому очень важным остается гарантиро-

ванное подавление патогенной микрофлоры, способной оказать негативное влияние на процесс заживления в этот период. Выбор антибиотика оказался успешным, и нами не получено никаких инфекционных осложнений, что в значительной мере обеспечило в целом успех оперативного лечения.

Сравнение предлагаемого варианта троакарного проведения ленты и оригинального, в котором используется игла с фиксированной петлей в мягком контейнере, выявляет ряд преимуществ.

1. В методике Данилова — Вольных используется троакар диаметром 4 мм, равномерный по всей длине, размещенный в контейнере 5 мм. Прокол и прохождение иглы проводится один раз, затем игла удаляется, но жесткий контейнер остается на несколько минут в мягких тканях, тем самым обеспечивая компрессию раневого канала, что способствует гемостазу. Удаление контейнера из раны после установки синтетической петли фиксирует имплантат и в дальнейшем не позволяет изменить натяжение ленты. В оригинальном исполнении TVT также сначала проводится игла, диаметр которой 5 мм, но так как в месте крепления ленты площадь поперечного сечения оказывается больше, в целом диаметр эквивалентен уже не 5, а 6 мм. В результате раневой канал получается в поперечнике больше на 44%, при этом по ране сначала проводится игла, а затем только полипропиленовая лента в мягком чехле, таким образом и общая длина проводимого инструмента удлинится как минимум вдвое.

2. Длина клинка троакарной иглы в сравнении с известной иглой TVT больше на 15%, инструмент выполнен как единое целое — толкатель и игла представляет собой неразборную стальную конструкцию, исключающую любое не контролируемое смещение острия. Несколько большая длина троакара позволяет не беспокоиться о тех трудностях, которые возникают при проведении в позадилоном пространстве иглы у пациентов с избыточным весом, так как не приходится перекладывать кончик иглы зажимом при выходе на передней брюшной стенке. Во время выполнения процедуры клинок троакара всегда находится под контролем руки оператора.

3. Направление движения троакара может быть как из влагалища на переднюю брюшную стенку, так и наоборот, при этом возможно выполнение принципиально любого варианта хирургического пособия, известного ранее, одним и тем же инструментом (операция Raza, Stamey, Pereuga и т.д.).

4. Существенное в настоящее время, хотя и не главное преимущество заключается в многозадачности самого инструмента, что финансово весьма ощутимо сказывается на стоимости оперативного вмешательства и в результате на доступности хирургической помощи пациентам со стрессовым недержанием мочи. Сама концепция установки ленты без натяжения не отличается ни в том, ни в другом случае, что позволяет предполагать одинаковую эффективность оперативного лечения оригинальным инструментом TVT и с помощью предлагаемой троакарной методики.

5. Игла Данилова — Вольных является универсальным инструментом для лечения стрессового недержания мочи и одновременного устранения цистоцеле, что позволяет использовать любые синтетические материалы, как монофиламентные, так и мультифиламентные, в зависимости от поставленных целей. Отсутствуют ограничения в форме и размерах устанавливаемого имплантата, а это означает большую применимость, чем инструмент TVT.

Методика троакарной имплантации позволяет выполнить по крайней мере два различных варианта установки свободной синтетической ленты: аналогично общепринятой TVT и с установкой имплантата, представляющий комбинацию ленты и лоскута, укладываемого между стенкой влагалища и мочевым пузырем. Основным показанием для такого варианта является устранение цистоцеле. Троакарная методика установки свободной синтетической петли является высокоэффективным методом коррекции недержания мочи при напряжении у женщин. В отличие от общепринятой TVT процедуры используется многозадачная игла и в связи с этим резко снижается стоимость лечения, так как резко уменьшаются затраты на расходный материал.

Данилов В.В., Воловых И.Ю., Данилова Т.И.

УРОДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЕРАПИИ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН

Владивостокский государственный медицинский университет

В последнее десятилетие все больше внимания уделяется такому показателю здоровья, как качество жизни, а соответственно и той патологии, которая его существенно меняет [1-3]. В число таких заболеваний входит гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) - в силу своих весьма неспецифических, но достаточно тягостных для больного проявлений. Именно этому, зачастую клинически ярко проявляемому страданию, посвящены сотни публикаций в нашей стране и за рубежом [1-5], именно это забо-

левание остается одним из самых патогенетически непонятных. На первый взгляд, казалось бы все просто: проявления известны, при этом число симптомов ограничено, встречаемость синдрома в популяции высока, известны методы лечения, число вариантов которых также значительно. Но тем не менее, есть одна особенность, которая и определяет характер заболевания. «Неоднозначность поведения», если можно это понятие отнести к характеру заболевания в целом.

Цель. Изучение уродинамической эффективности комбинированной терапии альфа1-адреноблокаторами в сочетании с М-холинолитиками ГАМП у женщин.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в Краевом клиническом центре «Патология мочеиспускания» (г. Владивосток) в период 2004 - 2005 г. находились 27 женщин в возрасте от 25 до 64 лет, средний возраст 46 лет. Давность заболевания, прослеженная по данным амбулаторных карт, составляла от 2 до 23 лет. Оценка симптоматики проводилась с помощью баллированной таблицы [4], заполняемой при каждом визите пациентки в период лечения с периодичностью 4 недели в сроки до 6 месяцев наблюдения. Инструментальные методы диагностики включали в себя как инвазивные (цистоскопия, ретроградная жидкостная цистометрия, профилометрия) так и неинвазивные уродинамические (3-суточный урофлоуметрический домашний мониторинг), а также ультразвуковые и лабораторные исследования. Критерии включения в исследование следующие: наличие симптомов гиперактивного мочевого пузыря (согласно определению ICS, рекомендации 2002 года), возраст женщин от 18 до 75 лет.

Инфекции мочевыводящих путей, неврологические, гинекологические и онкологические заболевания, а также предшествующие оперативные вмешательства, формирующие расстройство мочеиспускания, наличие остаточной мочи более 50 мл являлись критериями исключения. От всех пациенток, включенных в данное исследование, было получено информированное согласие.

Лечение назначалось только после проведения вышеперечисленных диагностических мероприятий. Больные заполняли дневники мочеиспускания каждые 2 недели на всем протяжении терапии, включавшей в себя назначение альфа1-адреноблокатора доксазозина (препарат кардура, Pfizer) в нарастающей дозировке, начиная с 1 мг первые 2 недели, затем еще 2 недели по 2 мг и последующие 8 недель по 4 мг однократно на ночь, общей длительностью 3 месяца. Через 4 недели после начала терапии подключали препарат детрузитол по схеме 2 мг дважды в сутки. Таким образом, на 2 и 3 месяце лечения больные получали совместно два препарата.

Обработка данных исследования выполнялась с применением методов вариационной статистики, использовался пакет Excel Microsoft, а также программное обеспечение уродинамической системы «УроВест». В сформированной группе наблюдения по данным домашнего урофлоуметрического исходно также зафиксировано уменьшение среднееффективной емкости мочевого пузыря, в среднем до 101,9 мл. С помощью общепринятой Ливерпульской номограммы нами вычислялся «скоростной» профиль - процентное соотношение значений максимального потока мочи, попадающих в области от 10 до 95 центиля вышеуказанной номограммы, что позволило косвенно оценить сократительную способность детрузора в фазу опорожнения. В доступной литературе нам не удалось обнаружить источники, подобным образом оценивающих результаты урофлоуметрического мониторинга.

По результатам домашней урофлоуметрии нами выделены две подгруппы, имеющих изначально величины среднееффективной емкости 63 мл и 149 мл (1 и 2 подгруппы соответственно). В этих подгруппах имелись достоверные отличия в микционных профилях, как «объемном» так и «скоростном». В первой подгруппе зарегистрировано относительное снижение величин максимальных потоков мочи в диапазоне выпущенных объемов от 20 до 600 мл. Таким образом скоростной профиль был «смещен» вправо, а его пик приходился на интервал 25-50 центиля, тогда как во второй подгруппе максимальное число значений показателя Qmax (максимального потока мочи) располагались в области 50-75 центиля, что при сопоставимых объемах отличия в максимальной скорости потока мочи составляли значения от 2 до 5 мл.

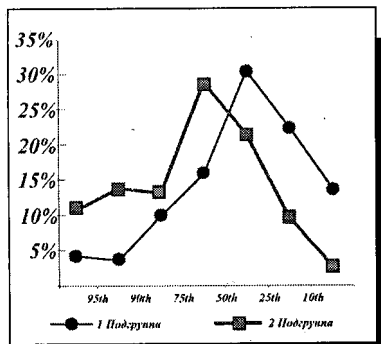


Рис. 1.

Полный синдром Стефенсона, когда имели место не только поллакиурия и императивные позывы, но и ургентная инконтиненция, зафиксирован в 10 случаях, что составляет 37% и соответствует данным литературы о соотношении встречаемости так называемых «сухих» вариантов ГАМП. Ночная и дневная поллакиурия, как отражение уменьшенной среднееффективной емкости, характеризовалась средней величиной 14,3 раз в сутки в общей группе.

Результаты. Через 4 недели после начала лечения доксазозином, были отмечены положительные изменения клинической картины ГАМП, что выразилось увеличением среднееффективной емкости мочевого пузыря со 101,9 мл до 118,6. При этом выросли как минимальные емкости, так и максимальные - с 23,7 до 28,7 и с 282,5 до 308,6 мл соответственно. Добавление в лечение детрузитола привело к дальнейшему увеличению среднееффективной емкости до 160,8. В этот период отмечено восстановление скоростного профиля таким образом, что наибольшее число максимальных потоков расположилось в области 50-75 центиля.

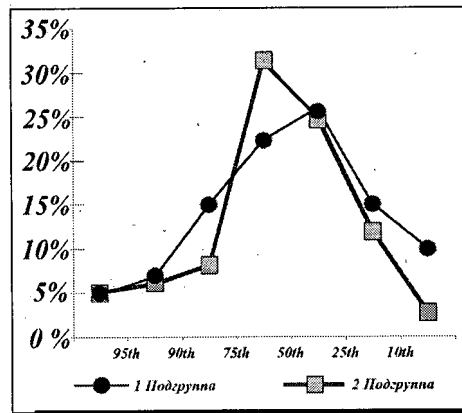


Рис. 2.

В обеих подгруппах произошли изменения сократительной способности детрузора, на что указывает динамика скоростных профилей. Во второй подгруппе форма профиля стала соответствовать нормальной, в 1-й подгруппе после 3-месячной терапии еще остается относительно высокий процент мочеиспусканий, попадающих в область ниже 10 центиля.

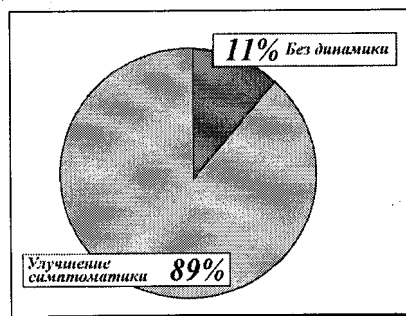


Рис. 3.

В целом по всей группе наблюдения, только у 3 женщин не произошло достоверного увеличения уродинамических показателей по результатам домашней урофлоуметрии, что позволяет сделать вывод о 89% эффективности комбинированной терапии, устраняющей 45% клинических проявлений гиперактивного мочевого пузыря.

За время лечения ни в одном случае нами не зафиксирован отказ приема препаратов вследствие проявления нежелательных побочных эффектов. Улучшение качества жизни, с 5,4 до 3,4 по шкале Международной оценки качества жизни, говорит о значимых для больных положительных изменениях состояния на фоне комбинированной терапии альфа1-адреноблокатором кардурой в сочетании с М-холинолитиком детрузитолом.

В группе наблюдения последовательно нами было отмечено в первую очередь устранение ургентного недержания мочи, уменьшилось число императивных позывов, улучшилось качество жизни. Исчезновение 45% клинически значимой симптоматики синдрома происходило в два этапа: на фоне лечения кардурой 19% симптомов исчезло в течение 4 недель, затем при добавлении детрузитола устранено еще 26%. Только у 3 женщин не зафиксировано значимой динамики, что позволяет сделать вывод об эффективности данной схемы лечения у 89% больных.

На сегодняшний день известно только одно бесспорное звено патогенеза ГАМП - повышенная чувствительность детру-

зора к медиатору парасимпатической нервной системы ацетилхолину. Отсюда следует, что препараты «атропиноподобного» действия, например оксибутирин, тропиум и толтеродин, остаются основными при лечении больных с императивными расстройствами мочеиспускания [6]. Однако также известно, что эффективность такой терапии остается в пределах от 40 до 60%, зачастую требует длительного назначения препаратов, имеющих побочные эффекты.

После комбинированной терапии по схеме кардура-детрузитол, нами установлено, что происходит восстановление скоростных показателей, наряду с ростом выпущенных объемов наблюдается как абсолютное, так и относительное увеличение объемной скорости мочеиспускания. Нами не отмечено увеличения случаев обструктивного мочеиспускания, мало того, наблюдается нормализация скоростного профиля в виде смещения значений максимального потока из области 10-25 в области 50-75-90 центиля. При этом естественно происходит относительное уменьшение числа случаев низких скоростей. В сочетании с положительной динамикой среднеэффективной емкости, происходит и изменение клинической картины.

Сравнение результатов лечения в 1-й и 2-й подгруппах позволяет заметить, что динамика исчезновения симптомов различна, и составляет соответственно 33% и 49%. Во втором случае произошло практически полное восстановление объемного профиля мочеиспускания при добавлении детрузитола. В отличие от первой подгруппы, где увеличение среднеэффективной емкости мочевого пузыря оказало меньшее влияние на клиническую

картину, скоростной профиль стал полностью соответствовать норме. Показатель качества жизни во второй подгруппе приблизился к отметке «удовлетворительно», в сравнении с первой подгруппой, где больные чаще ставили оценку «плохо» (3,6 балла по шкале QOL).

Исходя из результатов нашего исследования, можно сделать заключение о том, что прогноз и эффективность терапии зависят от исходного фона, на котором начато лечение, и в частности от значений емкости мочевого пузыря. Чем более выражены уродинамические нарушения, тем более длительной должна быть коррекция.

Выводы. Совместное назначение альфа1-адреноблокатора (препарат кардура, Pfizer) и М-холинолитика (детрузитол) для лечения императивных расстройств мочеиспускания у женщин с гиперактивным мочевым пузырем, устраняет от 33 до 49% начальной симптоматики у 89% больных. Комбинированная терапия хорошо переносится и позволяет длительно применять препараты, восстанавливая или существенно улучшая мочеиспускание, не приводит к появлению обструктивного мочеиспускания, восстанавливая объемную скорость потока мочи. Длительное лечение хорошо переносится больными, при этом существенно улучшается качество жизни, снижается выраженность поллакиурии и частоты императивных позывов, ургентного недержания мочи. Эффективность терапии зависит от исходного состояния нижних мочевых путей, при среднеэффективной емкости мочевого пузыря более 100 мл 3-месячного курса терапии оказывается достаточным для устранения основных симптомов ГАМП у женщин. 1

Дьяченко В.Г., Юдин С.С., Полежаев А.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОСНОВНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФОНДОВ В ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ДИСПАНСЕРАХ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск
Владивостокский государственный медицинский университет

Декларация принципа децентрализации, многоканальности финансирования, внедрение рыночных механизмов и медицинского страхования обещали обществу высокое качество медицинской помощи, а медицинским работникам — значительное улучшение условий и оплаты труда составляли основу реформы здравоохранения. Системный анализ ситуации по охране здоровья населения Дальнего Востока указывает на снижение реального финансирования учреждений здравоохранения, сохранение структурных диспропорций, свертывание профилактики заболеваний, снижение качества, уровня и доступности медицинской помощи.

Приморский край является типичной территорией для Дальневосточного федерального округа (ДВФО) с моноцентричным типом расселения, когда 2/3 населения концентрируются на юге территории, имея в центре столицы субъекта федерации РФ. По мере продвижения на север края резко снижается плотность населения и транспортные связи между районами, уменьшается число лечебно-профилактических учреждений. Многие районы Приморского края за счет миграции потеряли врачебные кадры, что в реальной ситуации заметно снижает доступность как первичной медико-санитарной, так и специализированной медицинской помощи.

Основные производственные фонды (ОПФ) — это та часть производственных систем, которая участвует в процессе производства медицинских услуг длительного времени, сохраняя при этом свою натуральную форму. К основным производственным фондам относятся материально-вещественные ценности, срок эксплуатации которых превышает 12 месяцев, и стоимостью на дату приобретения за единицу свыше 50-кратного минимального размера оплаты труда.

Структуру ОПФ составляют: здания, сооружения, передаточные устройства, машины и оборудование, транспортные средства, инструмент, производственный и хозяйственный инвентарь. Активная часть ОПФ — приборы, оборудование, медицинская техника, рабочие машины, все, что участвует в процессе производства медицинских товаров и услуг. Пассивная часть ОПФ — здания, сооружения, определяющие условия производства и функционирование оборудования.

Нами рассматривается Приморский краевой онкологический диспансер как структурный компонент системы оказания онкологической помощи населению Приморского края в составе Дальневосточного федерального округа и как характерный типовой пример оказания специализированной помощи на других территориях ДВФО.

В онкологической сети Приморского края в 2004 году были развернуты 347 коек круглосуточного пребывания для лечения больных злокачественными новообразованиями. Большая часть коек — 290 развернута в краевом онкологическом диспансере,

из них — 20 коек дневного и 270 — круглосуточного пребывания, из которых 100 коек рентгенрадиологических. Кроме этого 47 коек развернуты на базе городской клинической больницы № 2 г. Владивостока, и в детской городской больнице г. Владивостока — 30 детских онкологических коек.

На 10000 населения в Приморском крае в 2004 г. приходится в среднем 1,9 онкологические койки (при численности населения края в 2003 г. — 2 млн. 109 тыс. человек согласно данных переписи), при среднероссийском показателе — 2,1 в 2002 г. (Амурская область — 1,8; Хабаровский край — 1,9; Камчатская область — 3,0; Сахалинская область — 3,1).

Средняя продолжительность пребывания больного на койке в краевом онкологическом диспансере составила в 2004 г. — 17,4 дня (2003 г. — 18,1 дня, в 2002 году 19,3 дня (Магаданская область — 18,1; Камчатская — 19,2; Амурская — 21,8; Сахалинская область — 22,2; по РФ — 17,9 в 2000 г., 16,6 дней — 2002 г.). Интенсивность использования коечного фонда радиологического отделения ПКОО была значительно выше: средняя продолжительность пребывания больного на радиологической койке в Приморском крае в 2004 году составила 28,3 дня (Камчатская область — 26,6; Сахалинская область — 28,3; Амурская — 36,5; Магаданская — 37,8; Хабаровский край — 64,7; среднероссийский показатель составил 27,7 дней, данные за 2002 г.).

Одним из основных методов лечения злокачественных опухолей является лучевая терапия, которая по опыту развитых стран необходима 70,0% онкологических больных, но в России лучевое лечение получают не более 30,0% онкобольных. По данным отечественных авторов в Российской Федерации более 40,0% существующего парка лучевых аппаратов эксплуатируются не менее 10 лет, и 60-80% аппаратуры морально изношено и физически устарело.

В современных социально-экономических условиях решение проблемы укрепления материально-технической базы службы лучевой терапии представляет существенные финансовые трудности. В краевом онкологическом диспансере 90,0% рентгендиагностической и лучевой аппаратуры эксплуатируются более 10 лет и 82,0% аппаратов устарели.

Нами впервые проведен анализ структурного компонента онкологических диспансеров Дальневосточного федерального округа посредством сравнительной оценки основных производственных фондов, их кадровых, материально-технических и финансовых ресурсов.

В таблице приведены данные 7 крупных онкологических диспансеров ДВФО о балансовой стоимости всего оборудования и оборудования диагностического и для лучевой терапии. Отмечается значительный разрыв в уровнях стоимости оборудования, стоящего на балансе основных средств диспансеров округа — от 15,8 млн. руб. балансовая стоимость всего оборудова-