

## ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Югай Т.П.

*КГКП «Областной онкологический диспансер», Караганда, Казахстан*

Основным фактором, влияющим на уровень креатинина в дренажной жидкости, является концентрация этого соединения в сыворотке крови. Уровень креатинина в моче почти в 100 раз выше уровня его в сыворотке крови. Взяв за основу эти соотношения, предложен способ диагностики повреждения мочевых путей во время оперативных вмешательств и в послеоперационном периоде путем определения концентрации креатинина в дренажной жидкости из брюшной полости и по его соотношению к концентрации креатинина в сыворотке крови судят о наличии или отсутствии повреждений мочевых путей. Наряду с современными методами диагностики, такими как ультразвуковое, рентгенологическое исследования, магнитно-резонансная томография, данный способ имеет ряд преимуществ. Он не инвазивный и безвредный, т.к. исследуется уже выделенная дренажная жидкость и нет опасности занесения инфекции, для выполнения не требует дорогостоящего оборудования, доступен для любой лаборатории. Используя данный способ для динамики наблюдения, можно своевременно уловить момент нарушения целостности мочевых путей или несостоятельность швов, тем самым предотвратить грозные осложнения, такие как мочевые затеки и перитонит.

**Задачи исследования:** создание информативного и своевременного способа диагностики повреждения мочевых путей.

**Материалы и методы исследования:** В исследование включены 70 пациентов, у которых были диагностированы опухоли в брюшной полости различной локализации и им было проведено оперативное вмешательство. Уровень креатинина в дренажной жидкости из брюшной полости и в сыворотке крови определяла по общепринятой методике, основанной на реакции Яффе с депротеинизацией. Использовала наборы реагентов «Креатинин-БМ» фирмы ТОО «Бион-Мед».

Исследования выполняла на спектрофотометре PD-303 фирмы APEL Японии. Дренажную жидкость забирали 1-4 раза в день до удаления дренажей. Одновременно исследовали сыворотку крови, полученную при стандартной процедуре венопункции кубитальной вены.

**Результаты:** Из 70 пациентов, у 45 был диагностирован рак мочевого пузыря, произведена операция цистпростатэктомия с наложением двухсторонней уретерокутанеостомии. В случаях, когда послеоперационный период протекал гладко без осложнений, соотношение уровня креатинина в сыворотке крови дренажной жидкости из брюшной полости было одинаковым или в дренажной жидкости ниже или выше, чем в крови в пределах до  $\pm 40$  мкмоль/л. Величина диуреза составляет от 1,0 до 3,0 литров, а количество дренажной жидкости 50-300 мл. Если происходит разрыв мочевых путей или несостоятельность швов то, вследствие проникновения мочи в брюшную полость, наблюдаются следующие лабораторные показатели: уровень креатинина в дренажной жидкости из брюшной полости превышает уровень креатинина в сыворотке крови в 2,7 и более раз. Одновременно уменьшается диурез и увеличивается количество дренажной жидкости. Соотношение концентрации креатинина в дренажной жидкости и в сыворотке крови используется для дифференциальной диагностики лимфореей у пациенток раком шейки матки, которым была проведена операция Вертгейма.

**Выводы:** Концентрация креатинина в дренажной жидкости из брюшной полости по отношению к таковой в сыворотке крови изменяется при повреждении мочевых путей. Определение концентрации креатинина в дренажной жидкости является неинвазивным и информативным методом исследования, повышающим качество лабораторного мониторинга. Инновационный патент №22861 от 15.07.2009 г.

## ЛЕЧЕНИЕ И НАБЛЮДЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Аладов В.Н.

*КГКП «Павлодарский областной онкологический диспансер»*

За 2010-2011г на лечебно-консультативной комиссии при Павлодарском областном онкологическом диспансере (ПООД) были приняты 8 беременных женщин, состоящих на учёте. Все женщины были направлены гинекологами женской консультации для определения дальнейшей тактики ведения беременных. 5 женщин стоят на учёте в ПООД более 5 лет с лимфопрлиферативным заболеванием. 3 женщины – более 3 лет с заболеванием молочной железы. Всем женщинам были разъяснены возможные риски, возможность прогрессирования заболевания. 6 женщин отказались прерывать беременность.

Уровень заболеваемости злокачественными опухолями, которые диагностируются у беременных женщин, в развитых странах составляет 1 на 1000 случаев беременности. Наиболее распространенными формами рака, выявляемыми у беременных женщин, являются рак шейки матки, рак молочной железы, меланома, различные виды лимфом и острые лейкозы. Противоречивые данные существуют относительно диагностики гормонально зависимого рака молочной железы у беременных с использованием иммуногистохимического определения уровня рецепторов эстрогенов и прогестеронов опухоли. Краеугольным камнем для определения стадии заболевания являются рентгенография грудной клетки и маммография, которые выполняются с использованием экранной защиты брюшной полости, а также ультразвуковое исследование. Рутинное использование МРТ исследования

не рекомендовано, т.к. гадолиний проникает через плаценту и индуцирует мальформации. Следует избегать назначения беременным компьютерной томографии или радиоизотопных исследований. Ионизирующее излучение и цитотоксические препараты могут оказать мута-генное, тератогенное и канцерогенное воздействие на эмбрион, в зависимости от дозы, природы составляющих элементов, области лечения и недели беременности.

Не следует применять антинеопластические препараты в первом триместре (период развития органов у эмбриона), но их назначение может быть оправданно с учетом невысокого риска для матери и плода во втором и третьем триместрах беременности.

Оптимальная стратегия лечения должна выбираться совместно командой медиков, пациентом и семьей, и должна зависеть от стадии беременности, природы и стадии онкологического заболевания, существующих вариантов лечения и желаний самого пациента. Команда медицинских специалистов должна включать: акушера, неонатолога, онколога, хирурга и психолога.

Прерывание беременности рекомендуется в случае назначения химиотерапии или лучевой терапии в первом триместре беременности, при необходимости выполнения радикальной гинекологической операции, плохом прогнозе для выживаемости матери. Нет никаких данных, подтверждающих, что прерывание беременности меняет биологические

характеристики опухоли или прогноз пациента при назначении соответствующей противоопухолевой терапии.

Операция - это главная основа лечения солидных опухолей и беременность не является противопоказанием для выполнения хирургического вмешательства. С современной хирургической и анестезиологической техникой материнская смертность незначительна.

Выполнение операции в первом триместре беременности не вызывает увеличения врожденных дефектов, но возрастает риск преждевременных родов. Поэтому, в тех случаях, когда это возможно, хирургическое лечение должно быть отложено до второго триместра, когда риск для плода является самым низким.

## ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Аладов В.Н.*

*КГКП «Павлодарский областной онкологический диспансер»*

В Павлодарской области ежегодно берется на учет в онкологическом диспансере 420-450 больных с запущенной формой онкологического заболевания, которые нуждаются в адекватном обезболивании. Непосредственное лечение хронического болевого синдрома у онкологических больных, подлежащих только симптоматическому лечению, осуществляет участковый врач-терапевт. Консультативно-методическую помощь участковому врачу-терапевту при ведении хронического болевого синдрома осуществляет районный онколог по месту жительства, а также врачи хосписов. Бригады скорой помощи осуществляют выполнение врачебных назначений по купированию болевого синдрома у онкологических больных в ночное время, а также самостоятельно назначают лечение при некупируемом болевом синдроме. Около 80% больных с распространенным опухолевым процессом страдают от боли. В 2005 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) указала, что одной из основных составляющих противораковой борьбы в любой стране, независимо от экономических ресурсов, должна быть организация "комплексной паллиативной помощи, обеспечивающей ослабление боли", "разработка минимальных национальных стандартов устранения боли", "обеспечение наличия и доступности опиатов, особенно морфина для перорального приема". Болевой синдром может быть эффективно купирован у 90% больных раком, а в 10% случаев может быть снижена интенсивность болевого синдрома.

На первом этапе лечения болевого синдрома у онкологических больных следует исключить боли, связанные с неотложным состоянием: патологическим переломом, метастатическим поражением головного мозга, перфорацией полого органа.

При проведении обезболивающей терапии необходимо соблюдать следующие основные принципы:

1. Дозу анальгетиков подбирают индивидуально в зависимости от интенсивности и характера болевого синдрома, добиваясь устранения или значительного облегчения боли за 2 - 3 дня.

2. Назначают анальгетики регулярно строго "по часам" (круглосуточно), а не "по требованию", т.е. очередную дозу препарата больной должен получать до прекращения действия предыдущей дозы.

3. Анальгетики применяют по "восходящей", т.е. от максимальной дозы слабейшего к минимальной дозе сильнейшего препарата.

4. По возможности избегать инъекционного введения анальгетиков, максимально использовать возможности перорального, трансректального и трансдермального путей введения препаратов.

5. Ожидаемая продолжительность жизни больного не должна влиять на выбор анальгетика.

6. На каждом этапе лечения прежде, чем увеличивать дозу анальгетика, необходимо использовать ко-анальгетики.

7. Препараты морфия можно безопасно вводить в возрастающих количествах до тех пор, пока не будет получено адекватное обезбоживание. "Правильная доза" - это та доза морфина, которая эффективно облегчает боль до тех пор, пока вызываемые им побочные реакции переносятся больным. Какой-либо стандартной дозы морфина не существует.

8. Побочные эффекты анальгетиков должны предупреждаться и в случаях их возникновения и адекватно лечиться.

## ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА

*Садыков М.С.*

*Казахский НИИ онкологии и радиологии*

Диагностика несостоятельности швов анастомоза достаточно сложна, и ограничиваться только клиническими методами недостаточно, но и в большинстве случаев невозможно. Лучевая диагностика, в частности, рентгенологическая имеет первостепенное значение при выявлении данного осложнения.

Наиболее опасным осложнением после операций, проведенных по поводу злокачественных опухолей, в раннем послеоперационном периоде, является несостоятельность швов толстокишечного анастомоза.

Исследование начинали с обзорных рентгенограмм брюшной полости в горизонтальном положении. При этом получить прямые признаки несостоятельности швов анастомоза, практически невозможно, а имеющиеся косвенные симптомы, выразившиеся в парезе кишечника, наводили на мысль о возможности данного осложнения. Для ее диагностики необходим и обязателен рентгенконтрастный метод исследования желудочно-кишечного тракта. При пероральном и ретроградном введении контрастного вещества, предположение отдавали использованию не жидкой бариевой взвеси,

а применению водорастворимого контрастного препарата (Ультравист-300), который дает более четкую информацию при несостоятельности швов различных анастомозов. Выявлялись прямые рентгенологические признаки несостоятельности швов толстокишечных анастомозов или ушитой культи толстой кишки. При этом отмечали затекание контрастного вещества за контуры тонко-толстокишечного, либо толсто-толстокишечного анастомоза.

Рентгеноконтрастные исследования не заменимы в выявлении поздних послеоперационных осложнений у больных, оперированных по поводу различных новообразований толстой кишки: рубцовые стриктуры в области наложенных анастомозов и соустьев, пресакральные абсцессы, сдавления мочеточника рубцовыми тканями, постоперационные свищи, подтвержденные при релапаротомии. Своевременно, проведенная релапаротомия позволила устранить описанные осложнения.

Такие исследования сложны в самой процедуре выполнения, но они дают ценную информацию о виде осложнения и локализации, что позволяет клиницистам решить вопрос

не только о целесообразности релапоротомии, но и выбора объема повторного оперативного вмешательства. Необходимо, обратить внимание еще на один рентгенологический признак, появление газа в брюшной полости и забрюшинном пространстве (серповидная полоска просветления под куполом диафрагмы).

Что касается ультразвуковой диагностики послеоперационных осложнений, то она имеет определенную ценность, и может многократно выполняться без всяких воздействий на

больного. Диагностическая информативность УЗИ несколько уступает рентгенодиагностическому методу при выявлении наличия различного рода кишечных свищей. Последние, практически, невозможно определить с помощью ультразвукового исследования.

Таким образом, лучевые методы диагностики различных осложнений в послеоперационном периоде являются достаточно информативными и требуют своего дальнейшего совершенствования.

## ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ГЛОТКИ

*Майемер Д.Б.*

*Медицинский Центр Западно-Казахстанского государственного  
медицинского университета имени М. Оспанова*

Цель исследования: провести анализ информативности лучевых методов исследования (рентгенологического, компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) и ультразвукового (УЗИ)) в диагностике опухолей глотки.

Материал и методы исследования: проанализировано 398 случаев злокачественных опухолей глотки (98- носоглотки, 117- ротоглотки, 183- гортаноглотки).

Результаты: рентгенологическое исследование ротоглотки рекомендовано для объективизации поражения корня языка и задней стенки глотки. КТ- для опухолей парафарингеального пространства. Рентгенологическая семиотика при опухолях носоглотки зависит от размеров патологического очага и степени экспансии в окружающие ткани, что не исключено и при доброкачественных процессах. Информативны томограммы. Эпифарингография позволяет обнаружить дефект наполнения. КТ информативна для определения преимущественной стороны поражения, тотального поражения всего просвета носоглотки, заинтересованности основной пазухи, врастания в крылочелюстную ямку и задние отделы полости носа, но не всегда позволяет оценить вероятность деструктивных изменений.

Из результатов рентгенологического исследования у 45 больных опухолями гортаноглотки наиболее информативным оказались результаты прямых томограмм: размытость тени черпалонадгортанной складки отмечена у 28 больных, и у них же имело место сужение воздушного просвета грушевид-

ного синуса с пораженной стороны, которое проявлялось их асимметричностью при сравнении двух сторон. У 12 больных было проведено контрастированное исследование бариевой взвесью с проведением функциональных проб; у 7 выявлена асимметрия в заполняемости грушевидных синусов и у 5 отмечено поперхивание, у 3 – задержка контраста в обоих грушевидных синусах. КТ позволяет оценить характер роста новообразования, его величину, плотность, взаимосвязь с окружающими органами и тканями. С контрастированием и без обычные методы рентгенологической диагностики дают более четкую информацию об объемных процессах гортаноглотки по сравнению с КТ.

При анализе результатов УЗИ (159 больных – 40%) в диагностике метастатического поражения лимфатических узлов шеи выявлено: в 84,8% случаях обнаружено увеличение лимфатических узлов шеи, при этом в 75,8% наблюдений изменение узлов трактовались правильно; распознаны 90,9% лимфатических узлов шеи с гиперпластическим и метастатическим поражением, расположенные в поверхностных отделах шеи. При поражении глубоких лимфатических узлов шеи информативность УЗИ снижается до 63,8%.

Заключение: в диагностике опухолей глотки рентгенологический, КТ и МРТ используются для уточнения распространенности и локализации опухоли. УЗИ для распознавания метастазов в лимфатических узлах шеи и для получения дополнительной информации о взаимоотношении опухоли с магистральными сосудами.

## ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ЖКТ

*Мухамеджанов К.Х.*

*Алматы АГИУВ*

В течении многих десятилетий для исследований органов брюшной полости использовались лишь обзорные снимки, контрастирование барием желудка и кишки и холецистография. Возможности оценки печени, поджелудочной железы и желчных протоков, внеорганных опухолей были ограниченными. С другой стороны, рентгеноскопия и рентгенография органов пищеварительного тракта остаются методами комплексного исследования этих органов.

Технический прогресс неизменно изменили абдоминальную радиологию. В первую очередь, это касается исследования паренхиматозных органов брюшной полости, где ведущую роль на сегодняшний день занимают ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Применение эндоскопических датчиков для внутривисцеральных исследований существенно расширяет возможности этого метода в сложных случаях. В настоящее время основной парк КТ составляют приборы с 16-64 рядами детекторов, у которых время оборота трубки составляет всего 320-350 мс, а толщина среза – 0,5 с.

Различные виды патологии пищевода (грыжи пищевод-

ного отверстия диафрагмы, опухоли, расширения) хорошо выявляются с помощью КТ или МРТ. КТ позволяет выявлять распространение опухолей за пределы пищевода. Для детальной оценки стенок пищевода используют эндоскопическое УЗИ. Рентгенография и рентгеноскопия остаются важными методами диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей желудка. В настоящее время все чаще и чаще опухоли желудка впервые выявляют при проведении КТ органов брюшной полости. Для исследований тонкой кишки используют пассажа по ней бариевой взвеси или водорастворимого контрастного средства. В последнее время большое внимание привлекли такие методики, как КТ- или МР-энтерография, при которых возможно построение трехмерных изображений органа и построение изображений просвета кишки в эндоскопическом режиме. Одно из частых показаний к ирригоскопии – диагностика рака толстой кишки, полипов и дивертикулов. МСКТ и в особенности методика КТ-колонографии могут служить альтернативой ирригоскопии в скрининге и диагностике рака толстой кишки. КТ позволяет лучше видеть изменения кишечной стенки и стадировать заболевание. Лучевая диагно-

стика заболеваний печени сегодня в основном основывается на использовании УЗИ, КТ и МРТ. К очаговым поражениям печени относятся доброкачественные и злокачественные опухоли печени и метастазы органных опухолей в печень. КТ,

МРТ облегчают диагностику опухолевого поражения желчных протоков, поджелудочной железы, селезенки. Выбор метода лучевой диагностики зависит от характера предполагаемого заболевания, остроты процесса и клиники.

## МЕТАСТАЗЫ БЕЗ ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА

*Аладов В.Н.*

*КГКП «Павлодарский областной онкологический диспансер»*

По данным Павлодарского областного онкологического диспансера, метастазы злокачественных новообразований без выявленного первичного очага ежегодно выявляются у 3 - 4% больных. 50% таких пациентов умирают на первом году жизни. Среди таких пациентов мужчины встречаются несколько чаще, чем женщины; средний возраст составляет 51-52 года. Локализация поражений, распространенность опухолевого процесса, морфологическая структура метастатических опухолей чрезвычайно разнообразны.

В зависимости от локализации и распространенности поражений можно выделить следующие варианты метастазов без выявленного первичного очага: изолированные (единичные или множественные) поражения лимфоузлов в пределах одного коллектора – шейного, подмышечного, пахового, медиастинального, забрюшинного; изолированные (единичные или множественные) поражения органов и тканей – костей, легких, печени, мягких тканей, головного мозга; поражения нескольких коллекторов лимфоузлов; сочетанное поражение лимфоузлов, органов и тканей.

Пациенты с метастазами рака, меланомы, злокачественной опухоли без уточнения гистогенетической принадлежности подлежат дальнейшему обследованию. Установление морфологической структуры метастаза позволяет предположительно определить локализацию первичной опухоли, что значительно облегчает поиск первичного очага. Цитологическое исследование пунктатов метастазов обычно предваряет биопсию. Получение материала для морфологического исследования не представляет трудности при поражении периферических лимфоузлов. При изолированном метастазировании в подмышечные лимфатические узлы наряду с гистологическим исследова-

нием целесообразно изучение рецепторного статуса опухолевой ткани, так как при этой локализации первичный очаг в 60-80% случаев выявляется в молочной железе. Если опухоль положительна по рецепторам эстрогенов и/или прогестерона, специальное лечение может быть дополнено гормонотерапией. В случае поражения медиастинальных или забрюшинных лимфоузлов выполняется чрескожная пункция под контролем УЗИ или КТ. При невозможности морфологического диагноза по биоптатам лимфоузлов показана биопсия в условиях торако- или лапароскопии. Аналогична диагностическая тактика при метастатическом поражении плевры, брюшины, органов грудной, брюшной полости, забрюшинного пространства. При костных метастазах диагностические процедуры предусматривают последовательное выполнение пункции, трепанобиопсии, открытой биопсии пораженной кости. При поиске первичного очага в первую очередь следует обратить внимание на обследование молочных желез, предстательной железы, почек. Также должны быть выполнены бронхоскопия, эзофагогастроскопия, КТ малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства. Как известно, при выявлении метастазов в яичниках чаще всего диагностируется рак желудка, молочной железы или толстой кишки. Выявление первичной опухоли позволяет надеяться на существенное улучшение результатов специального лечения. При изолированных метастазах продолжительность жизни больше, чем при множественных. Сочетанные поражения лимфоузлов и органов сопряжены с наименьшей выживаемостью. Наибольшая продолжительность жизни отмечена при метастазах плоскоклеточного рака и внегонадных герминогенных опухолей; наименьшая – при метастазах аденокарциномы и светлоклеточного рака.

## НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОГО И МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

*Дуненова Г.А., Югай Т.А., Акимжанова С.М., Садыкова Т.Т.,  
Косаева Т.Г., Анфиногенова А.Г.*

*Городской онкологический диспансер,*

*Казахский Национальный Медицинский Университет им.Асфендиярова,  
Лечебно-диагностический центр, Алматы, Казахстан*

Рецидивы рака шейки матки (РШМ) после специального лечения чаще возникают через 12-20 месяцев после начала лечения, их частота колеблется от 3,3% до 40% (Козаченко В.П., Кузнецов В.В.). Прогноз у больных с рецидивным раком шейки матки неблагоприятный. Последнее десятилетие изучается использование химиотерапии в паллиативном лечении рецидивного рака шейки матки.

В Городском онкологическом диспансере был проведен анализ 71 случая рецидивного рака шейки матки, возникших за период 2006-2010 гг., после комплексного, комбинированного и сочетано-лучевого лечения. Возраст больных варьировал от 32 до 68 лет, в среднем – 48,5±4,5 лет.

Противорецидивная лучевая терапия проведена 29,6% больным в условиях КазНИИОиР. 25,3% больных получили самостоятельную противорецидивную химиотерапию, 59,2% больным химиотерапия использована как компонент комбинированного лечения.

Использовались следующие схемы химиотерапии:

Схема	Число больных
Цисплатин+ фторурацил	19 (38,0%)
Гемзар+ Карбоплатин	13 (26,0%)
Кампто+ Цисплатин	10 (20%)
Цисплатин+ фторурацил+ доксорубицин	3 (6,0%)
Карбоплатин+ паклитаксел	5 (10,0%)
Всего	50 (100%)

Оценка лечебного эффекта осуществлялась по шкале ВОЗ после каждого курса химиотерапии и/или после лучевой терапии по данным субъективных жалоб больных, клинического осмотра, УЗИ. Был проведен анализ непосредственного клинического эффекта лечения больных рецидивным раком шейки матки.

Среди больных, получивших противорецидивную химиотерапию с последующей лучевой терапией, отмечается большая часть частичной регрессии рецидивной опухоли – в 20 (47,6%)

случаях, стабилизация – в 9 (21,4%), прогрессирование диагностировано у 13 больных (31,0%). У пациенток после самостоятельных видов лучевой терапии в 7 (33,3%) случаев отмечена частичная регрессия рецидивного опухолевого процесса, стабилизация – у 6 (28,6%) и прогрессирование – у 8 (38,1%).

После самостоятельной химиотерапии, использованной, в основном, у больных с отдаленными метастазами (легкие, печень, надпочечные лимфоузлы), частичная регрессия и стабилизация наступила в 580%. В этой группе отмечен самый высокий удельный вес больных, у которых на фоне

противоопухолевого лечения наблюдалось прогрессирование заболевания - 9 (50%) больных.

Пациентки с подтвержденной регрессией и стабилизацией неопластического процесса отмечали субъективное улучшение самочувствия и снижение интенсивности имеющихся у них симптомов болезни.

Таким образом, применение на первом этапе комбинированного лечения противорецидивной химиотерапии, в сочетании с лучевым компонентом, у больных с рецидивами и метастазами рака шейки матки способствовало их относительной регрессии и повышению качества жизни.

## ОБЕСПЕЧЕНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

*Тилеген Г.У.*

*Городской онкологический диспансер, г. Алматы*

В настоящее время лапароскопические методы лечения различных патологий внутренних органов становятся все более популярными.

В основу наблюдений входит 65 (100%) анестезиологических пособий, которым выполнены лапароскопические операции.

21 (32%) пациентам проведены трансуретральные резекции мочевого пузыря (ТУР); 12 (18%) лечебно-диагностические торакоскопии, 22 (34%) диагностические гистероскопии и 10 (16%) лечебно-диагностические эндоскопические вмешательства с целью решения дальнейшей тактики.

ТУР мочевого пузыря и гистероскопия проводились под внутривенной анестезией, без применения наркотических препаратов с применением рекофол и кетамина болюсно. Лечебно-диагностическую лапароскопию проводили под многокомпонентной внутривенной анестезией, включающая в себя транквилизатор диазепам или брызепам, гипнотик пропфол или рекофол, наркотический анальгетик фентанил. Из релоксантов использовали лисстенон, ардуан.

Возраст больных колебался от 25 лет до 77 лет. У исследуемых больных существенных изменений во время проведения анестезии не наблюдалось. Больным проведенным внутривенную анестезию после пробуждения переводились в профильное отделение. Больным после проведения лечебно-диагностической лапароскопии в зависимости от возраста

основной патологии и состояния больного переводились в отделение интенсивной терапии.

Выполнение лапароскопических операций, как оказалось, сопряжено с возникновением значительных трудностей в анестезиологическом пособии, связанных в основном с повышением внутрибрюшного давления при наложении пневмоперитонеума и изменением положения тела больного на столе во время операции.

Наложение пневмоперитонеума и изменение положения больного приводят к перераспределению воды по сегментам тела и изменениям гемодинамики.

Специальной задачей во время эндоскопических вмешательствам больных, учитывалось основное состояние, возраст, сопутствующая патология (ИБС, АГ, Бронхиальная астма, Ожирение), что являлось основной целью предотвращения ишемии миокарда путем поддержания баланса между потребностью миокарда в кислороде и доставки его, то-есть не допускать тахикардии, которая влияет на подъем систолического давления, предотвращает гипоперфузию миокарда и уменьшает гипоксемию организма, которая возникает в результате наложения карбосипневмоперитонеума.

Таким образом, бурному развитию эндохирургии способствует малая травматичность, высокая эффективность, короткие сроки послеоперационной реабилитации, отличные косметические результаты и экономичность.

## ОБ ИСХОДНОЙ ПОДГОТОВКЕ ХИРУРГОВ К ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

*Олжаев С.Т., Тельгозин Е.Т., Алтыбаева А.С., Новиков И.И.*

*ГККП «Алматинский региональный онкологический диспансер» г. Алматы*

Актуальность. В деятельности врачей-хирургов часто возникает необходимость диагностики злокачественных новообразований.

Цель. Выявить исходную готовность врачей-хирургов к диагностике злокачественных новообразований, имеет большое практическое значение.

Материал и методы. Проведено социологическое исследование среди врачей-хирургов Алматы и Алматинской области. Умение правильно поставить диагноз и провести необходимое лечение злокачественных новообразований.

Результаты. Знания по раку желудка в полном объеме продемонстрировали 60,0% респондентов. В эту группу вошли врачи города Алматы – 7,7%, Алматинской области, 15,4%. Неуверенные умения показали 32,3% врачей: города Алматы (10,8%), Алматинской области (6,2%). Отсутствие этих знаний выявлено у 3,1% респондентов города Алматы. Затруднились ответить 4,6% врачей города Алматы (1,5%) и Алматинской области (3,1%). Установлена квалификация респондентов в отношении диагностики и лечения опухоли ободочной кишки. Как выяснилось, в этом вопросе в полном объеме разбираются

75,4% опрошенных. Не владеют этими знаниями 3,1% врачей города Алматы и затруднились ответить также 3,1% (по 1,5% - город Алматы и Алматинской области).

Диагностику и лечение рака прямой кишки уверенно могут осуществить 64,6% респондентов. Среди них врачи города Алматы – 7,7%, Алматинской – 18,3%. Недостаточный уровень квалификации установлен у 27,7% специалистов (город Алматы – 10,8%, Алматинской области 3,1%, 3,1% опрошенных города Алматы такими знаниями не владеют. Затруднились ответить на данный вопрос 4,6% опрошенных (по 1,5% врачей города Алматы, Павлодарской и Алматинской областей).

Что касается рака молочной железы, то при этом заболевании достаточно компетентными были 58,5% опрошенных. В их числе врачи города Алматы – 7,7%, Алматинской области – 13,8%. Не в полном объеме владеют знаниями 33,8% респондентов, в том числе из города Алматы (9,2%), Алматинской области (по 7,7%). Не выявлены такие знания у 4,6% врачей города Алматы и затруднились ответить на этот вопрос 3,1% врачи Алматы и Алматинской области – по 1,5%).

Установлено, что диагностировать и лечить рак легкого

в полном объеме способны 55,4% респондентов. В их числе опрошенные города Алматы – 4,6%, Алматинской области – 13,8%. Другую группу составили специалисты недостаточно квалифицированные (36,9%) в этом вопросе удельный вес этих врачей по регионам был таким: 12,3% врачей – город Алматы, 4,6% , Алматинской- 6,2% . Не владеют этими знаниями 4,6% врачей города Алматы. Затруднились ответить по 1,5% опрошенных города Алматы и Алматинской области.

Анализ ответов респондентов, на вопросы касающиеся диагностики и лечения доброкачественных опухолей кожи, клетчатки, соединительной ткани, мышечной, сосудистой и нервной системы при указанных заболеваниях, что показал высокий профессионализм, имеется у 70,8% опрошенных

города Алматы (10,8%), Алматинской области (16,9%) В число недостаточно подготовленных специалистов вошли 21,5% врачей. Это 9,2% врачей города Алматы, 3,1% - Алматинской области. Полностью не осведомлены в этих 1,5% врачей города Алматы. Затруднились ответить 6,2% опрошенных города Алматы, и Алматинской области (3,1%).

Выводы. Проведенные исследования показывают разный уровень исходной готовности врачей-хирургов к диагностике и лечению злокачественных новообразований. Эти результаты диктуют необходимость проведения среди врачей-хирургов систематических и целенаправленных учебных мероприятий что обеспечат лучшее качество плановой хирургической помощи населению.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОСТАТИЧЕСКОГО СПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Мухатова С. А.*

*КГКП «Областной онкологический диспансер», Караганда, Казахстан*

Актуальность. Рак предстательной железы (РПЖ) – распространенная патология среди встречающихся у мужчин онкологических поражений мочеполовой системы. В Карагандинской области РПЖ среди злокачественных заболеваний мужчин занимает 3 - е место. Практически у 70% больных РПЖ диагностируется на III или даже IV стадии.

Задачи исследования: оценить результаты использования простатспецифического антигена (ПСА) при раке предстательной железы.

Материалы и методы исследования. Обследованы 102 больных РПЖ, 48 пациентов с доброкачественной гиперплазией, 44 больных со злокачественными опухолями мочевого пузыря (ЗОМС), 22 практически здоровых мужчин. Обследованные находились в возрасте от 40 до 80 лет. Уровни ПСА определяли в сыворотке крови иммуноферментным методом: тест-система общий ПСА, свободный ПСА (фирма «Алкор Био», Россия), анализатор Био-рад.

Результаты. При сравнительном исследовании средние значения ПСА общего при РПЖ повышены по сравнению с соответствующим показателем в контрольной группе в 98 раз и в группе больных доброкачественными гиперплазиями – в 21,4 раза. Результаты определения ПСА в группе больных со злокачественными опухолями мочевого пузыря были отрицательными, что свидетельствует о специфичности этого маркера для РПЖ. Только у 3 больных (6,8%) из 44 больных с ЗОМС уровень ПСА общий превышал пороговое значение 4 нг/мл.

В группах больных с доброкачественной гиперплазией, опухолями мочевого пузыря и в контрольной группе максимальный уровень антигенов (15,0; 10,5 и 5,16 нг/мл, соответственно) обнаруживались у пожилых мужчин (старше 70 лет). Уровни ПСА при доброкачественной гиперплазии находились в интервале стандартной нормы в 72,9% случаев, при РПЖ – выше порогового значения в 94,1%. У 12% больных

с доброкачественной гиперплазией значения общего ПСА колебались от 4 до 10 нг/мл (серая зона) и у 14% они были более 10 нг/мл. У 6% больных РПЖ уровень общего ПСА соответствовал интервалу контроля и в 9% наблюдений составлял 4-10 нг/мл. При анализе соотношения свободного и общего ПСА в группах больных с доброкачественной гиперплазией и РПЖ получены различия. Средняя величина соотношения при РПЖ (0,13) была ниже, чем при доброкачественной гиперплазии (0,29). Комплексный анализ свободного и общего ПСА способствует повышению чувствительности и специфичности до 93-95% при проведении дифференциальной диагностики РПЖ и доброкачественной гиперплазии.

При анализе распределения значений ПСА-общего, с учётом степени распространённости значения ПСА для больных с I – II стадией РПЖ, характерно наличие более низких значений общего ПСА по сравнению с больными III стадией. При IV стадии РПЖ невысокие уровни ПСА были выявлены в 4 наблюдениях, остальные 70 больных имели значения ПСА более 15 нг/мл. У 25 (35,7%) больных этой группы значения ПСА превышали 70 нг/мл и достигали 10500 нг/мл, тогда как ни в одном наблюдении при III стадии такие уровни не были обнаружены. Это позволяет с высокой степенью достоверности оценивать распространённость злокачественного процесса, в частности выявлять РПЖ с метастазами в отдалённые органы. В течение последних 3 лет число больных РПЖ с нормальными значениями ПСА снизилось, а с пограничными и патологическими – возросло, что согласуется с литературными и клиническими данными.

Выводы. Результаты определения общего ПСА говорят о высокой диагностической и прогностической значимости опухолевого маркера при раке предстательной железы, процентное соотношение уровней свободного и общего ПСА может быть полезным в дифференциальной диагностике РПЖ и доброкачественной гиперплазии.

## ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ РАСШИРЕННЫХ И КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА ГОРОДА АЛМАТЫ

*Балтаев Н.А., Кайдаров Б.К., Афонин Г.А.*

*Городской онкологический диспансер г. Алматы*

*Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д.Асфендиярова*

Основным методом лечения больных колоректальным раком (КРР) остается хирургический, дополняемый в некоторых случаях адъювантной лекарственной или лучевой терапией. Городской онкологический диспансер Алматы является ве-

дущим медицинским учреждением онкологического профиля в городе, где оказывается специализированная помощь больным КРР. За последние 3 года отмечается повышение хирургической активности стационара, увеличение числа

выполняемых операций при раке ободочной и прямой кишки. Приоритетным направлением работы отделения является выполнение функционально-щадящих операций при КРР, при наличии строгих показаний и оценке возможного риска с позиций онкологического радикализма. Это направление можно считать первичной хирургической реабилитацией такой сложной категории пациентов, какими являются больные раком ободочной и прямой кишки.

Как показывают результаты наблюдений, даже в случае радикально выполненной операции не менее 50% больных КРР имеют риск прогрессирования заболевания в виде отдаленного метастазирования или локального рецидива опухоли. Особенно это важно в отношении больных, после проведения им комбинированного или комплексного лечения так как опухолевые клетки подвергающиеся действию химиопрепаратов проходят определенную «селекцию», в результате чего возникают клоны, обладающие более злокачественными свойствами, морфологическим отражением которых может быть более низкая чем у исходной опухоли степень дифференцировки, большая способность к метастазированию и больший потенциал опухолевой прогрессии.

В клиническом отношении это означает распространенность заболевания с вовлечением в опухолевый процесс смежных (матка, придатки, тонкая кишка, мочевого пузыря) или отдаленных органов. Такой категории больных не смотря на тяжелое исходное состояние, обусловленное распространенностью опухоли, сопутствующую патологию и неудовлетворительные функциональные показатели оказывается специализированная онкохирургическая помощь.

В торакоабдоминальном отделении ГОД больным КРР с распространенным опухолевым процессом с вовлечением смежных органов выполнялись расширенно-комбинированные оперативные вмешательства. Всего за описываемый период (2010-2011 гг.) выполнено 40 таких вмешательств. При этом вариантами выполнения операции были: удаление метастатической опухоли (восходящего отдела ободочной кишки)

с гемиколэктомией справа с резекцией 1/2 тонкой кишки (4); гемиколэктомия справа с экстирпацией матки с придатками (4); расширенно-комбинированная операция Гартмана с экстирпацией матки с придатками (6); симультанная операция – брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с гемигепатэктомией справа при массивном метастатическом поражении печени (2); удаление рецидивной опухоли слепой кишки с резекцией илеотрансверзоанастомоза, резекцией тонкой кишки (5); обструктивная резекция толстой кишки с субтотальной резекцией 3/4 желудка с наложением гастроэнтероанастомоза и спленэктомией (4); резекция прямой кишки, резекция сигмовидной кишки, резекция тонкой кишки с экстирпацией матки с придатками (10); гемиколэктомия справа, субтотальная резекция желудка с резекцией передней брюшной стенки (2); расширенно-комбинированная брюшно-анальная резекция прямой кишки с колостомией, экстирпацией матки с придатками, резекцией верхней трети влагалища (2); комбинированная правосторонняя гемиколэктомия с атипической резекцией желудка, холецистэктомией (2); удаление рецидивной опухоли прямой кишки с экстирпацией матки с придатками, резекцией и пластикой мочеочочника (3).

Осложнениями ближайшего послеоперационного периода явились: острая задержка мочи – 1 случай, эвентерация – 2, острый некроз культи желудка (после расширенно-комбинированной операции по поводу рака сигмовидной кишки с резекцией 3/4 желудка) – 1, абсцесс брюшной полости – 2, затек в области колостомы (до апоневроза) – 1, экссувативный плеврит, скопление жидкости в перигепатическом, подпеченочном пространстве (в ложе удаленной опухоли, после гемигепатэктомии) – 2, спаечная непроходимость – 2, перитонит – 1.

Следует заметить, что частота и характер осложнений находится в зависимости от числа выполняемых оперативных вмешательств, их объема, сложности, травматичности и исходного состояния пациентов. В ГОД эти показатели не превышают таковые других ведущих онкологических клиник.

## ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ РАСШИРЕННЫХ И КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО В УСЛОВИЯ ГОРОДСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА Г. АЛМАТЫ

*Нурманов С.Р., Макаров В.А.*

*Городской Онкологический Диспансер, г. Алматы, Республика Казахстан*

Актуальность: Рак легкого в структуре заболеваемости города Алматы по статистическим данным занимает второе место, уступая только раку молочной железы и лидирует по причинам смертности от онкологических заболеваний среди мужчин.

Значимым достижением последних лет в онкохирургии легких является выполнение резекционных этапов не только на элементах легкого, но и на внутригрудных лимфатических коллекторах и соседних органах.

Цель: Улучшить результаты лечения больных раком легкого.

Материалы и методы: В отделении торако-абдоминальной хирургии (зав. отд. – к.м.н. Нурманов С. Р.) – в период 2008-2010 гг. произведено 128 расширенных и комбинированных оперативных вмешательств.

Совершенствованию подлежали элементы медиастинальной и надключичной лимфодиссекции. В связи с инвазией опухоли в структуры средостения у большинства больных производилось частичная резекция более одного органа и структурного элемента (перикарда, вилочковый железы, ребер, пищевода, париетальной плевры, диафрагмы), включая резекции сосудов (верхней полой вены). 8 пациентам удалось провести оперативное лечение после НАПХТ кол-во курсов варьировало от 2 до 10. Применяемая нами НАПХТ проводилась по схемам EP, CAP.

Количество радикальных операции выполненных в 2008,

2009, 2010 годах составило от общего количества оперативных вмешательств 66%, 67% 70% соответственно.

Процентное соотношение больных по стадиям заболевания:

2009 год I стадия -9%, II стадия -24%, III стадия - 66%, IV стадия – 1%.

2010 год I стадия -17%, II стадия -25%, III стадия - 48%, IV стадия – 10%.

Известно что, статистика 5-летней выживаемости при III стадии рака легкого (до 25-30%) подтверждает возможность увеличения продолжительности жизни и клинического излечения именно благодаря выполнению комбинированных и расширенных операций с обязательной медиастинальной лимфаденэктомией.

Результаты: Прооперировано 128 пациентов, эффект от лечения отмечался у 109, умерло 5 пациентов, послеоперационные осложнения у 9 пациентов, у 2-х пациентов выявлено прогрессирование.

Выводы: Расширение объема оперативных вмешательств приводит к увеличению послеоперационных осложнений и летальности – 7.0% и 4.6% соответственно. Следует заметить что, подобные операции помимо лечебного характера позволяют проводить адьювантную химиоиммуннолучевую терапию, служат профилактикой кровотечения, распада опухоли, медиастиналита и других осложнений течения опухолевого процесса.