

Как видно из приведенных данных, хирургическая активность по диспансеру составляет 88,4%. Больничная летальность при этом достаточно высокая – 2,2 на 100 прошедших больных. Также достаточно высокой является послеоперационная летальность – 1,9, при этом работа койки недостаточно эффективна – 180,3. Длительность предоперационной подготовки составляет 4,8 дня, что также должно являться предметом экспертной оценки.

Анализ работы отделения экстренной хирургии показал, что при общем числе оперативных вмешательств за год – 180, было прооперировано лишь 166 больных (при этом около 98,0% – экстренно), осложнения были у 4 больных (2,4%), послеоперационная летальность составила 1,2%. Показатель хирургической активности составил всего 67%, средняя длительность предоперационной подготовки – 1,3.

В отделении микрохирургии глаза было проведено 360 операций, прооперировано было 268 больных, хирургическая активность составила 47,8%, средняя длительность предоперационной подготовки составила 1,3 дня.

Все эти показатели были предметом экспертной оценки службы внутреннего аудита, по результатам которой были предприняты меры и разработан план по улучшению хирургической деятельности диспансера: продолжается внедрение новых методик интенсивной терапии и анестезиологического пособия; оказано 20 в/в анестезиологических пособий с использованием воздуховода I-Gel при секторальных резекциях молочной железы; продолжается внедрение методики проводниковых анестезий при операциях на лице (рак верхней, нижней губы, носа, щечной области и т.д.); ис-

пользование методик программированной анестезии с использованием дозаторов во время анестезии способствовало раннему пробуждению пациентов после наркоза, следовательно, раннему переводу в профильное отделение, что в общем повлияло на увеличение оборота койки.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Указ Президента Республики Казахстан от 29.11.2010 г. №1113 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламаты Қазақстан» на 2011-2015 годы».

ТҰЖЫРЫМ

ДИСПАНСЕР ШАРТТАРЫНДАҒЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ ОНКОЛОГИЯ ҚЫЗМЕТІНІҢ БАҒАСЫ

*М.Е. Төлеутаев, К.А. Мусабеков, К.З. Құсайынов
Астана қалалық онкология диспансері*

Онкология диспансерінің ішкі аудитін қызметтің жұмысы стационардың хирургиялық бөлімшелерінің жұмысындағы мәселе айқындалуға мүмкіндік берді.

SUMMARY

ESTIMATION OF SURGICAL ONCOLOGICAL SERVICE IN ДИСПАНСЕРНЫХ УСЛОВИЯХ

*M.E. Tuleutaev, K.A. Musabekov, K.Z. Kusainov
Astana City oncological clinic*

Expert work of service of internal audit of an oncological clinic has allowed to reveal problems in work of surgical branches of a hospital.

ПРОФИЛАКТИКА РАКА КОЖИ НА УРОВНЕ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА

С.А. БАЙДИЛБЕКОВ

Алматынський регіональний онкологічний диспансер

В структуре онкологической патологии злокачественные новообразования (ЗН) кожи занимают одно из ведущих мест со среднегодовым приростом на 2-3% [1]. В последние годы во многих районах земного шара заболеваемость данной патологией увеличивается и, по мнению некоторых авторов, она даже приобрела характер «бесшумной эпидемии». Ежегодно во всем мире диагностируется от 2 до 3 миллионов случаев заболевания немеланоцитарным раком кожи и более 130 000 случаев злокачественной меланомы.

В Казахстане злокачественные новообразования кожи находятся на 3 ранговом месте в структуре онкопатологии. Показатель заболеваемости раком кожи в 2010 г. составил 17,6 на 100 000 населения [2]. В городе Алматы в 2011 году взято на учет 416 первичных больных раком кожи. Большинство исследователей связывают главную причину роста количества заболевших людей раком кожи с увеличением суммарного времени воздействия ультрафиолетовой части естественного солнечного света на кожу. Рак кожи поражает в основном мужчин, поскольку они больше времени проводят на солнце и по роду деятельности чаще испытывают воздействие дегтя, смол, скипидара, креозота, мышьяка и радиации. Курение способствует возникновению рака кожи в местах, подвергающихся воздействию табачного дыма, – это в основном рот и губы.

С развитием современной модели здравоохранения, ориентированной на профилактику и солидарную ответственность пациента и врача за здоровье, появляется возможность более тщательного обследования больных на догоспитальном этапе, выявления ранних форм рака кожи, который является визуально доступной локализацией. Одновременно важно развитие профилактических мероприятий и широкое внедрение их с целью сокращения заболеваемости этим видом злокачественных новообразований.

Врачу амбулаторного звена и врачам неонкологических специальностей важно знать те опорные симптомы, которые позволяют заподозрить у больного наличие ЗН кожи и своевременно направить больного к онкологу или в специализированный стационар. Наиболее частым вариантом рака кожи является поверхностная форма. Она начинается с одного или нескольких сливающихся безболезненных узелков величиной чуть больше спичечной головки. Узелок слегка возвышается над поверхностью кожи, имеет желтоватый или матово-белый цвет и плотную консистенцию. Как правило, в этот период больные к врачу не обращаются. С течением времени опухоль увеличивается в размерах и приобретает вид безболезненной бляшки желтого или серовато-белого цвета с восковидным оттенком, слегка возвышающейся над кожей. Поверхность ее гладкая или шероховатая.

Края выступают в виде плотного валика с неровным фестончатым контуром. В дальнейшем в центре бляшки появляется западение, покрытое чешуйкой или корочкой. Удаление корочки приводит к появлению капельки крови. С увеличением размеров опухоли западение превращается в эрозированную поверхность, покрытую коркой и окруженную плотными неровными краями в виде круто выступающего как бы срезанного валика. Описанные картины более характерны для базальноклеточного рака [3, 12].

Инфильтрирующая форма имеет вид глубокого изъязвления с неровным, бугристым, покрытым корками из некротических масс дном и плотными, валикообразными краями. Опухоль быстро прорастает в окружающие ткани и становится неподвижной. Такое новообразование по гистологической структуре обычно является плоскоклеточным раком [9, 10].

Папиллярная форма рака кожи встречается редко. Она имеет вид плотного, возвышающегося над поверхностью, легко кровоточащего узла на широком основании. Поверхность узла бугристая, покрыта корками, часто напоминает цветную капусту. Такая форма роста чаще наблюдается при плоскоклеточном раке.

При раке кожи применяется лучевое, хирургическое, криогенное, лазерное и лекарственное лечение, а также их комбинации. Выбор метода лечения зависит от локализации, формы роста, стадии и гистологического строения опухоли, а также от состояния окружающей кожи. При расположении рака на голове и особенно на лице необходимо учитывать косметические последствия лечения, что, однако, не должно снижать требований к радикальности лечения [4, 5].

Лучевая терапия получила распространение при опухолях небольших размеров. Суммарная доза в 50–70 Грей обеспечивает значительный процент хороших результатов. Хуже результаты при инфильтрирующей форме, а также при новообразованиях, расположенных в углах глаз, на носу, ушной раковине и на участках вблизи хрящей. Недостатками метода являются лучевые повреждения здоровых тканей (перихондриты, лучевые язвы), а также большая (более 1 месяца) продолжительность лечения.

Хирургическое лечение применяют в большинстве случаев при раке туловищ и конечностей. Опухоль иссекают на расстоянии 1–2 см от видимого края. Криогенное воздействие осуществляется с помощью жидкого азота. Вызываемый охлаждением некроз тканей приводит к разрушению новообразования с последующим заживлением без грубых рубцов. Метод может быть применен при неглубокой инфильтрации кожи. Лечение лучами лазера также достаточно эффективно. Для некроза опухоли, как правило, достаточно одного сеанса. Заживление участка некроза происходит с образованием тонкого эластичного рубца.

Лекарственное лечение используется только как компонент комбинированного лечения, которое, кроме того, включает операцию и пред- или послеоперационную лучевую терапию.

Лечение при рецидивах рака кожи. Обязательным условием при лечении метастазов рака кожи является излеченность первичной опухоли. Хирургическое удаление метастазов - основной метод. Оперативное вмешательство предпринимают при клинически определяемых метастазах или выявлении увеличенных лимфатических узлов, подозрительных на метастатические. При ограниченно подвижных метастазах проводят комбинированное лечение - предоперационное облучение с их последующим хирургическим удалением [6, 7].

Несмотря на очевидные результаты хирургического и комбинированного лечения больных раком кожи, осо-

бую актуальность сохраняет профилактика этого вида злокачественных новообразований. Это обусловлено несколькими моментами:

Рак кожи относится к визуально доступным локализациям, и запущенные его формы отчасти свидетельствуют о неудовлетворительном обследовании пациентов на консультативно-амбулаторном этапе.

Часть случаев рака кожи возникает на лице и открытых частях тела, при этом последующее радикальное хирургическое лечение несет косметические дефекты, которые требуют в дальнейшем социальной и медицинской реабилитации пациентов.

При раке кожи, возникающем под действием неблагоприятных условий внешней среды (ультрафиолетовое излучение и профессиональные вредности), имеется тенденция к сохранению и росту уровней заболеваемости.

Спорадический рак кожи поражает в основном пациентов из старших возрастных групп, которым проведение комбинированного и комплексного лечения затруднительно ввиду наличия сопутствующих заболеваний и других факторов, обусловленных возрастом.

В настоящее время мерами профилактики рака кожи являются:

1. Защита лица и шеи от интенсивного и длительного солнечного облучения, особенно у пожилых людей со светлой, плохо поддающейся загару кожей;
2. Регулярное применение питательных кремов с целью предупреждения сухости кожи;
3. Радикальное излечение длительно незаживающих язв и свищей на коже;
4. Защита кожных рубцов от механических травм;
5. Строгое соблюдение мер личной гигиены при работе со смазочными материалами и веществами, содержащими канцерогены;
6. Своевременное излечение предраковых заболеваний кожи.

Перечисленные методы активной профилактики рака кожи затрагивают области личной и производственной гигиены, индивидуальной защиты от воздействия избыточной инсоляции. Поэтому реализовываться они должны комплексно – при участии врача поликлинического звена онкослужбы, врача районной поликлиники и самого пациента [8]. Необходимо проведение специализированных мероприятий по раннему выявлению и профилактике рака кожи совместными усилиями врачей онкологических и смежных (дерматологи, хирурги, терапевты, семейные врачи) специальностей [11]. Полезным может быть издание специальных печатных материалов, ориентированных на пациента, в которых в краткой и доступной форме рассказывается о типичных симптомах рака кожи и способах индивидуальной профилактики этого заболевания у конкретного больного.

Опыт проведения подобных мероприятий, направленных на профилактику рака других локализаций (молочной железы, шейки матки, предстательной железы), проводимых регулярно в городе Алматы, подтверждает возможность активной профилактики рака на уровне амбулаторно-поликлинического звена онкологической службы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2002. ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. М., МИА, 2004. – 256 с.;
2. Пустынский И.Н., Шенталь В.В., Пачес А.И и др. Клинико-морфологические особенности распространенных форм рака кожи // Материалы VI Российской онкологической конференции. Москва, 26-28 ноября 2002;
3. Шенталь

В.В. Пустынский И.Н., Ткачев С.И. и др. Современные возможности криогенного лечения рака кожи. //Материалы VI Российской онкологической конференции. Москва, 26-28 ноября 2002 г. **4.** Ажигалиев Н.А. Опухоли кожи. А., 1991. – 117 с.; **5.** Анищенко И.С., Важенин А.В. Плоскоклеточный рак кожи: Клиника, диагностика, лечение. Ч., Урал LTD, 2000. – 142 с.; **6.** Даниель-Бек К.В., Колобяков А.А. Злокачественные опухоли кожи и мягких тканей. М., 1979. – 221 с.; **7.** Денисов Л.Е., Курдина М.И., Потекаев Н.С., Володин В.Д. Активное выявление злокачественных новообразований кожи. М., Медицина, 1995. – 150 с.; **8.** Елькин В.Д., Митрюковский Л.С. Избранная дерматология. Редкие дерматозы и дерматологические синдромы. П., 2000.- 699 с.; **9.** Цветкова Г.М., Мордовцева В.В., Вавилов А.М. и др. Патоморфология болезней кожи. Руководство для врачей. М., Медицина, 2003. – 496 с.; **10.** Фицпатрик Д.Е., Эллинг Д.Л. Секреты дерматологии. М. – СПб, 1999. – 512 с.; **11.** Ламоткин М.И. Опухоли и опухолеподобные поражения кожи. Атлас. М., Практическая медицина, 2006. – 166 с.

ТҰЖЫРЫМ
ЕМХАНА ДЕҢГЕЙІНДЕГІ ТЕРІ ОБЫРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ

С.А. Байдилбеков
Алматы аймақтың онкология диспансері

Осы мақалада тері обырының алдын алу емхана деңгейіндегі, қазіргі заман талабына сай, ерте кезінде клиникалық үрдістеріне қарай алдын алу қызметі көрсетілді.

SUMMARY
SKIN CANCER PREVENTIONS IN AMBULANCE LEVEL

S.A. Baidilbekov
Almaty Regional Oncological Hospital

Current trends and possibilities of skin cancer prevention are accentuated in the article. Performed the role of outpatient care service in the active detection of early forms and clinical prevention of different skin cancer variants.

КТ И МРТ В УТОЧНЯЮЩЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПИЩЕВОДА

Р.Р. ШАРЫГИН, Ш.У. АЯЗБАЕВ
Мангистауская областная больница, г. Актау

Рак пищевода (РП) остается одной из самых частых онкопатологий в Мангистауской области. Радикальным методом лечения РП является хирургический (оперативный). Определение резектабельности РП у онкобольных имеет неоспоримую практическую ценность. В странах СНГ до сих пор не определены на достаточном уровне диагностическая ценность и роль КТ в уточняющей диагностике РП, а МРТ практически не используется в этой области диагностики.

Цель исследования – изучение диагностических возможностей КТ и МРТ в определении операбельности РП различных стадий.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ КТ и МРТ у 18 оперированных больных с РП в течение 2001-2010 гг. Больным с карциномой пищевода КТ выполнялась на аппаратах “СТ Max 640” (“General Electric”), “СТ 6800” (“Shimadzu”) и “Hi Speed NX/1” (“General Electric”). МРТ-исследования проводились на аппаратах “MR Max” (“General Electric”) и “Achieva” (“Philips”) напряженностью магнитного поля 1,5 Т. КТ- и МРТ-исследования пищевода с захватом желудка выполнялись после перорального приема газообразующей смеси. Одновременное исследование желудка требовалось при опухолевом поражении нижней трети пищевода, кардиоэзофагеальной зоны и с целью оценки пригодности его для пластики пищевода. У 15 (83,3%) больных были диагностированы карцинома нижней трети пищевода и кардиоэзофагеальный рак, у 3 (16,6%) пациентов – рак среднегрудного отдела пищевода. У всех оперированных больных была установлена III стадия РП.

Результаты и обсуждение

При КТ опухоль пищевода обнаружена у всех больных. Сравнительно плохо отображалась опухолевая масса ретроперикардального сегмента пищевода. Определить глубину инвазии стенок органа не удалось ни у одного больного, инвазия стенок пищевода пред-

полагалась только при проявлениях распространения опухоли в околопищеводную клетчатку, вовлечения соседних органов и, прежде всего, грудного отдела аорты. Ни в одном случае не удавалось определить разделительной прослойки между опухолью пищевода и грудной аортой на всем протяжении. Опухоль пищевода тесно прилежала к аорте. Исчезновение разделительной прослойки между опухолью и грудной аортой не имело значимой практической ценности. У 13 (72,2%) больных была выявлена потеря triangle fat space, и это сочеталось с широким контактом опухоли с грудной аортой (ширина контакта по периметру аорты составляла в пределах 45 и обозначалась термином «проблема 9-12»). У всех оперированных больных с «проблемой 9-12» во время операции выявлена спаянность опухоли пищевода с аортой и только у 2 (11,1%) пациентов с трудом удавалось выделить и пищевода и завершить операцию резекцией органа и его первичной пластикой. У 3 (16,6%) больных с РП при КТ объективизированы увеличенные околопищеводные лимфатические узлы величиной не менее 10-12 мм, а в то же время лимфоаденопатия в виде увеличения лимфоузлов групп 110, 111 обнаружена в 88% случаев у 16 больных. Вовлечение непарной вены и перикарда, а также определение границ самой опухоли пищевода при КТ носили предположительный характер, хотя они существенно не оказывали влияния на предоперационную концепцию и хирургическую стратегию.

МРТ использовалась в качестве метода диагностики РП второй линии у 5 (27,7%) пациентов и она сравнительно хуже, чем КТ, демонстрировала опухоль пищевода. У 3 (16,6%) больных с РП при МРТ удалось обнаружить верхние границы карциномы пищевода, определить расстояние от бифуркации трахеи и дуги аорты. Во всех случаях МРТ позволила более точно оценить взаимоотношения опухоли пищевода и грудной аорты. Это, на наш взгляд, представляет единственную диагностическую ценность данного метода.