

УДК 616.62-006.6-089.197.6/089.87

ОКАЗАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: РЯД ЗАДАЧ И ИХ ПРАКТИЧЕСКАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ

В.Ю. Старцев¹, К.Н. Мовчан², В.В. Коваль³, В.А. Сидоренко⁴

¹Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия (194100 г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2), ²Медицинский информационно-аналитический центр (198095 г. Санкт-Петербург, ул. Шкапина, 30), ³Родильный дом № 18 (193312 г. Санкт-Петербург, пр-т Солидарности, 6), ⁴Медико-санитарная часть ГУВД по Санкт-Петербургу и Ленинградской области (191015 г. Санкт-Петербург, ул. Очаковская, 7а)

Ключевые слова: рак мочевого пузыря, высокотехнологичная медицинская помощь, радикальная цистэктомия.

За 2002–2006 гг. в региональных лечебно-профилактических учреждениях Ленинградской области проведено радикальное хирургическое лечение 67 пациентам с инвазивным раком мочевого пузыря. При этом 56 % больных оперированы в стадиях T₃–T_{4a}, что свидетельствует о поздней диагностике и несвоевременности медицинской помощи. Наш опыт позволяет сделать заключение о положительных ближайших результатах высокотехнологичной медицинской помощи больным раком мочевого пузыря в условиях лечебных учреждений регионального и ведомственного рангов. Дальнейшее совершенствование организации и хирургических технологий радикального лечения и надлежащий уход за больными в послеоперационном периоде способны приблизить результаты оказания медицинской помощи при раке мочевого пузыря к мировым показателям.

Одной из стратегических целей системы российского здравоохранения обозначено повышение доступности для населения высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) [2, 8]. К основному критерию эффективности этого вида медицинского обеспечения относят увеличение продолжительности жизни трудоспособных людей [6, 8]. Высокая стоимость лечения даже в экономически развитых государствах (США, Японии, Германии и др.) не позволяет в полном объеме удовлетворить потребности населения в ВМП. В России система ее оказания получает новое развитие, и прежде всего за счет реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» [7].

По свидетельству К.Ю. Лакунина [4], сокращение ресурсного обеспечения сельского здравоохранения России и экономический кризис в конце XX столетия отрицательно повлияли на результаты работы специалистов провинциальных муниципальных учреждений здравоохранения. В настоящее время большинство медучреждений малых городов и сельских поселений находятся в более сложном положении, чем лечебно-профилактические учреждения регионального и федерального ранга. Во многом это обусловлено устаревшей материально-технической базой, нехваткой новой лечебно-диагностической аппаратуры и ее высокой стоимостью, неуккомплектованностью кадрами сельских больниц и низким уровнем развития информационных технологий [9, 11]. Низкая эффективность использования ресурсов продолжает оставаться одной из серьезных проблем сельского здравоохранения [9]. Известно, что социально-бытовые

условия в малых городах существенно отличаются от таковых в столичных мегаполисах и региональных административных центрах. В повышении доступности ВМП для этой части жителей России особое значение придается совершенствованию организации лечебно-диагностического процесса в населенных пунктах, удаленных от мегаполисов [6].

Заболеваемость раком мочевого пузыря (РМП) среди населения России с 1993 по 2005 г. увеличилось на 25,1 % [1]. К 2004 г. число больных РМП, состоявших на учете в специализированных лечебно-профилактических учреждениях, увеличилось по сравнению с 1993 г. на 49,4 % и достигло 60,5 тыс. чел., или 41,9 больных на 100 тыс. жителей [1, 5, 10].

Показатель распространенности РМП среди жителей Ленинградской области за 1991–2006 гг. вырос в 3,1 раза. Инвазивный РМП здесь за 1995–2006 гг. впервые верифицирован в 62,4 % случаев (у жителей России – в 51,7 % [10]). Организация регионального канцер-регистра в 1999 г. и специализированного отделения онкоурологии в Ленинградском онкологическом диспансере в 2002 г. способствовали уменьшению данного показателя до 46,1 %. Тем не менее в структуре заболеваемости жителей региона злокачественными опухолями мочевого пузыря численность пациентов с инвазивным РМП продолжает оставаться высокой.

Низкий уровень материально-технического оснащения и недостаток специалистов (урологов и онкологов) в муниципальных учреждениях здравоохранения Ленинградской области не позволяют оказывать здесь специализированную медицинскую помощь больным инвазивным РМП в должном объеме. Развитие специализированных межрайонных урологических отделений тормозится отсутствием нормативной базы по их совместному содержанию соседними муниципальными образованиями [3]. Таким образом, этапы оказания специализированной медицинской и ВМП пациентам с запущенными стадиями РМП объединяются на уровне региональных или федеральных специализированных медицинских учреждений (ФСМУ).

Согласно приказу Минздравсоцразвития РФ № 320 от 07.05.2007 г., в перечень профильных видов ВМП больным РМП включены: 1) реконструктивно-пластические операции (радикальная цистэктомия

Старцев Владимир Юрьевич – д-р мед. наук, доцент кафедры урологии СПбГПМА; e-mail: vlad_startsev@mail.ru

с вариантами отведения мочи); 2) хирургическое лечение, дополненное лучевой, поликомпонентной медикаментозной и сочетанием лучевой и поликомпонентной медикаментозной терапии.

Материал и методы. С 1999 по 2006 г. в областном онкологическом диспансере и областной клинической больнице, в Центральном научно-исследовательском рентгенорадиологическом институте и в Центральной медико-санитарной части № 122 ФМБА России радикальное хирургическое лечение по поводу инвазивного РМП проведено 67 жителям Ленинградской области (61 мужчина и 6 женщин) в возрасте от 32 до 71 г. (средний возраст – 54,2 г.). В 51 случае (76 %) радикальные операции проведены в условиях региональных учреждений здравоохранения. В 39 случаях (58 %) пациенты оперированы на стадии T₃–T_{4a} РМП, что свидетельствовало о поздней диагностике и несвоевременном оказании медицинской помощи.

Результаты исследования. После удаления мочевого пузыря в 36 случаях (54 %) выполнялась ортотопическая илеоцистопластика по Studer, 12 пациентам (18 %) наложен уретеросигмоанастомоз в модификации Mainz-Rouch II, 19 больным (28 %) выполнен уретероилеоконduit (операция Bricker). Два последних варианта хирургической тактики применялись при верификации опухолевой инвазии в соседние органы или метастазах в регионарные лимфатические узлы, а также при выраженной сопутствующей патологии. Длительность операции составила в среднем 5,5 часа, средний объем кровопотери – 800 мл. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде отмечены в 9 случаях (13 %) после ортотопической илеоцистопластики, что послужило поводом для повторных вмешательств (чрескожная нефростомия или релапаротомия). После устранения осложнений ни одного смертельного случая не зарегистрировано, все пациенты выписаны из стационара. Метаболические нарушения, отмеченные у ряда оперированных, успешно скорректированы консервативным лечением в условиях отделения интенсивной терапии.

После радикальной цистэктомии пациенты наблюдались в течение 24 месяцев. В первые 12 месяцев рецидивов РМП в ортотопическом мочевом пузыре не диагностировано ни в одном случае. Однако 14 человек (21 %) скончались от прогрессирования опухолевого процесса.

Обсуждение полученных данных. Ранняя верификация злокачественных опухолей мочевого пузыря, независимо от места проживания пациента, несомненно, должна способствовать увеличению продолжительности жизни после радикального хирургического лечения. Материально-техническое переоснащение центральных районных больниц и укомплектованность этих учреждений специалистами (урологами и онкологами) при надлежащем информационном взаимодействии между лечебно-профилактическими учреждениями разного лицензионного ранга позволяют не только своевременно диагностировать РМП

у жителей малых городов и сельских поселений, но и осуществлять адекватный уход за больными после радикального вмешательства.

Опыт проведения радикальных операций при инвазивном РМП позволяет сделать вывод о положительных ближайших результатах подобного вида оказания ВМП больным в условиях региональных и ведомственных медицинских учреждений. Совершенствование хирургических технологий и стандартизация диспансерного наблюдения в послеоперационном периоде позволяет приблизить результаты ВМП больным РМП к мировым показателям.

В настоящее время метод радикального лечения больных инвазивным РМП и ранг лечебно-профилактического учреждения, где этот вид медицинской помощи должен осуществляться, определены нормативно. В соответствии с положениями Федерального закона № 131-ФЗ от 06.10.2003 г. о разграничении территориальных полномочий, радикальное хирургическое лечение больных РМП проводится сотрудниками ЛПУ регионального, федерального и ведомственного уровней. В Федеральном законе № 258-ФЗ от 29.12.2006 г. в соответствии с полномочиями федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья граждан формирование государственного задания на оказание ВМП гражданам РФ проводится в медицинских организациях в порядке, определяемом Правительством РФ. Таким образом, предусмотрена возможность участия региональных учреждений здравоохранения (равно как и муниципальных) в оказании ВМП за счет федеральных средств, распределяемых на конкурсной основе, что и реализуется в рамках национального проекта «Здоровье». Однако полномочия субъектов РФ в распределении ресурсов медицинского обеспечения при оказании ВМП больным РМП в этом документе не определены.

В условиях ФСМУ, утвержденных Правительством РФ и наделенных полномочиями по оказанию ВМП жителям Ленинградской области за счет бюджетных средств по государственному заказу, радикальное хирургическое лечение больных инвазивным РМП в период исследования не проводилось. Очевидно, в нормативных документах необходимо учитывать потребности в оказании ВМП населению регионов при определенных нозологиях и возможности выполнения подобной медицинской помощи в региональных учреждениях здравоохранения, пока не осуществляющих эти виды лечения по федеральной программе.

Литература

1. Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями мочевых и мужских половых органов в России // Онкоурология. 2005. № 1. С. 3–9.
2. Виноградов К.А. Приоритетный национальный проект «Здоровье»: первые итоги // Менедж. здравоохр. 2007. № 3. С. 4–11.
3. Гриненко А.Я. Особенности здравоохранения Ленинградской области // Здравоохранение. 2002. № 2. С. 68–72.

4. Лакунин К.Ю. Социально-экономические аспекты функционирования системы оказания медицинской помощи в сельских муниципальных образованиях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2001. № 5. С. 44–46.
5. Лопаткин Н.А., Даренков С.П., Чернышев И.В. и др. Диагностика и лечение рака мочевого пузыря // Урология. 2004. № 1. С. 12–17.
6. Пивень Д.В., Дудин П.Е. О формировании регионального компонента организации оказания дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи // Менедж. здравоохран. 2007. № 5. С. 29–34.
7. Солодкий В.А., Перхов В.И., Ступаков И.Н. и др. Дорогостоящие высокотехнологичные виды медицинской помощи: проблемы и пути решений // Здравоохран. РФ. 2006. № 3. С. 28–31.
8. Стародубов В.И. Итоги и перспективы развития приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения // Менедж. здравоохран. 2007. № 1. С. 4–9.
9. Суслин С.А. Организация медицинской помощи населению сельских районов с центрами в городах // Здравоохран. РФ. 2007. № 2. С. 7–11.
10. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2006 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2007. 249 с.
11. Щепин В.О., Тишук Е.А. Опыт зарубежного здравоохранения: уроки и выводы // Пробл. соц. гиг., здрав. и истории медицины. 2005. № 5. С. 43–50.

Поступила в редакцию 15.12.2010.

HIGH-TECHNOLOGY MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH INVASIVE BLADDER CANCER: A NUMBER OF TASKS AND THEIR IMPLEMENTATION

V.Yu. Startsev¹, K.N. Movchan², V.V. Koval³, V.A. Sidorenko⁴

¹Saint-Petersburg State Paediatrics Medical Academy (2 Litovskaya

Sr. Saint-Petersburg 194100 Russia), ²Medical Information-

Analytical Centre (30 Shkapina St. Saint-Petersburg 198095 Russia),

³Maternity Hospital No. 18 (6 Solidarnost Av. Saint-Petersburg

193312 Russia), ⁴Medical and Sanitary Unit of the Main Internal

Affairs Directorate for Saint-Petersburg and the Leningrad Oblast

(7a Ochakovskaya St. Saint-Petersburg 191015 Russia)

Summary – Sixty seven patients with invasive bladder cancer had been operated in regional treatment and prevention departments during 2002–2006, 56 % of which underwent surgeries at T₃–T_{4a} stages that evidenced late diagnosing and delay in delivering medical care. Our experience allows concluding about positive short-term results of high-technology medical care delivered to the patients with bladder cancer in health institutions of regional and departmental levels. Further improvement in organization and surgery methods intended for radical treatment, and due care during post-operative period will allow to bring treatment results in case of bladder cancer to the world's figures.

Key words: bladder cancer, high-technology medical care, radical cystectomy.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 3, p. 17–19.

УДК 616.65-006.6-089.197.6/089.87(571.63)

РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ – ОБОБЩЕННЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРИМОРСКОМ КРАЕВОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

Л.И. Гурина

Приморский краевой онкологический диспансер (690105 г. Владивосток, ул. Русская, 59)

Ключевые слова: предстательная железа, рак, простатэктомия, ультразвуковая фрагментация тканей.

Обобщен опыт 22 радикальных простатэктомий, выполненных по поводу рака предстательной железы при помощи ультразвукового кавитатора тканей CUSA Excel-8 System. Показано, что новая методика улучшила визуализацию анатомических структур в операционном поле, уменьшила объем кровопотери и создала оптимальные условия для наложения уретро-уретрального анастомоза.

Основной особенностью рака предстательной железы (РПЖ) является многообразие лечебных подходов – активное наблюдение и отсроченное лечение, лучевая, гормональная терапия, их комбинации и радикальная простатэктомия [2, 5]. Применение радикальной простатэктомии сдерживается высоким удельным весом (до 70%) запущенных случаев РПЖ и достаточно высоким риском хирургических осложнений [3, 4].

Активное выявление локализованных форм РПЖ в Приморском крае вызвало необходимость внедрения радикальной простатэктомии и проведения мероприятий, направленных на снижение количества осложнений этой операции и улучшение качества жизни пациентов. С этой целью изучен и применен на

практике новый способ профилактики хирургических осложнений радикальной простатэктомии, направленный на улучшение визуализации сосудисто-нервных пучков, оптимальное удаление лимфатических узлов и клетчатки таза, снижение риска кровотечения во время операции, уменьшение травматизации шейки мочевого пузыря и тазового отдела уретры, создание оптимальных условий для наложения уретрального анастомоза. Способ основан на избирательной ультразвуковой фрагментации (кавитации) жировой и опухолевой ткани при сохранении сосудов, нервов, лимфатических протоков, мышечных структур и других достаточно плотных и эластических образований.

Материал и методы. 22 больным РПЖ от 61 до 68 лет (в среднем – 64,5±2,4 г., медиана – 64,5 г.) выполнена позадилобная радикальная простатэктомия в хирургическом отделении Приморского краевого онкологического диспансера. Период наблюдения составил от 5 до 10 лет.

Для ультразвуковой фрагментации использован ультразвуковой фрагментатор (кавитатор) тканей CUSA EXcel-8 System в блоке с электрохирургическим генератором FORCE FX-8с. Длина наконечника