

Лазерная туннельная контактная коагуляция кавернозных венозных сплетений нижних и средних носовых раковин и частичная лазерная резекция свободного края нижней носовой раковины выполнены 32 и 27 больным соответственно. Эффективность операций через 1 мес. составила 92 и 93%.

У пациентов с аллергической формой ВР стойкое восстановление носового дыхания отмечено в 82% случаев. В послеоперационном периоде все эти пациенты получали ингаляции топических интраназальных глюкокортикостероидов. В течение года в 5% случаев у представителей данной группы было выявлено относительное затруднение носового дыхания.

Обсуждение полученных данных. Таким образом, различные варианты контактных лазерных вазотомий нижних и средних носовых раковин выполнены у 1620 пациентов с нейровегетативной и у 154 пациентов с аллергической формой хронического ВР. Эффективность описанных вмешательств через 1 месяц после их проведения колебалась от 92 до 97%. Стойкое восстановление носового дыхания при аллергической форме ВР отмечено у 126 человек. Выполненные в амбулаторных условиях оперативные вмешательства позволили исключить необходимость госпитализации данной группы пациентов в оториноларингологический стационар, а анализ результатов лечения показал высокую эффективность предложенных способов лазерных вазотомий нижних и средних носовых раковин.

Литература

1. Блоцкий А.А., Валова Н.В. Применение полупроводникового высокоэнергетического лазера у больных с различными формами аллергического ринита // Рос. ринол. 2010. № 3. С. 17.
2. Блоцкий А.А., Блоцкий Р.А., Карпищенко С.А. Возможности применения высокоэнергетического лазера и радиоволнового скальпеля в амбулаторных условиях // Новые решения в оториноларингологии: мат. межрегион. научно-практ. конф. Барнаул, 2012. С. 36–42.
3. Блоцкий Р.А., Блоцкий А.А., Карпищенко С.А. и др. Эффективность применения лазерной и радиоволновой вазотомии в условиях хирургического стационара одного дня у больных с хроническим вазомоторным ринитом // Мат. I Петербургского форума оториноларингологов России. СПб., 2012. Том 1. С. 103–106.
4. Еремина Н.В., Мирошниченко А.П., Степанов Е.Н. Сравнительная характеристика эффективности различных ме-

- тодов хирургического лечения вазомоторного ринита // Мат. XVIII съезда оториноларингологов России. СПб., 2011. С. 126–128.
5. Кошель И.В. Сравнительная оценка физических методов лечения хронического гипертрофического ринита: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2009. 23 с.
6. Мусатенко Л.Ю., Наседкин А.Н., Грачев Н.С. и др. Современные аспекты хирургического лечения вазомоторного ринита // Российская ринология. 2009. № 2, прил. С. 233–236.
7. Плужников М.С., Лапотко А.И., Рябова М.А. Лазерная хирургия в оториноларингологии. Минск: АНАЛМ-БДТ, 2000. 221 с.
8. Caffier P., Frieler K., Scherer H. Rhinitis medicamentosa: therapeutic effect of diode laser inferior turbinate reduction on nasal obstruction and decongestant abuse // Am. J. Rhinol. 2008. Vol. 22, No. 4. P. 433–442.
9. Olthoff A., Martin A., Liebman F. Nd: YAG laser treatment of hyperreflexory and allergic rhinopathy / Laryngorhinootologie. 1999. No. 78. P. 240–243.
10. Orabi A.A., Sen A., Timms M.S. Patient satisfaction survey of outpatient-based topical local anesthetic KTP laser inferior turbinatectomy: a prospective study // Am. J. Rhinol. 2007. Vol. 21, No. 2. P. 198–202.
11. Sroka R., Janda P., Killian T. Comparison of long term results after Ho: YAG and diode laser treatment of hyperplastic inferior nasal turbinates // Lasers Surg. Med. 2007. Vol. 39, No. 4. P. 324–355.
12. Wang H.K., Tsai Y.H., Wu Y.Y. Endoscopic potassium-titanyl-phosphate laser treatment for the reduction of hypertrophic inferior nasal turbinate // Photomed. Laser Surg. 2004. Vol. 22, No. 3. P. 173–176.

Поступила в редакцию 02.04.2012.

TREATING VASOMOTOR RHINITIS WITH HIGH-ENERGY LASER DEVICE IN OUTPATIENT SETTINGS

A.A. Blotskiy¹, S.A. Karpischenko², R.A. Blotskiy¹

¹Amur State Medical Academy (95 Gorkiy St. Blagoveschensk 675000 Russian Federation), ²I.P. Pavlov Saint-Petersburg State Medical University (6/8 Lev Tolstoy St. Saint-Petersburg 197089 Russian Federation)

Summary – The paper describes authors' method of treatment of vasomotor rhinitis with high-energy diffused laser device used to perform vasotomy of lower and middle turbinated bones in the outpatient settings under regional anaesthesia. The different contact laser vasotomy procedures have been performed for 1620 patients with neurovegetative and in 154 patients with allergic forms of chronic vasomotor rhinitis. The efficiency of treatment assessed in one month after the procedure fluctuated between 92 and 97%. The stable recovery of nasal breathing in case of allergic-related form of the disease was observed in 126 patients.

Key words: ATKUS-15 laser device, turbinal bones, vasotomy, efficiency.

Pacific Medical Journal, 2013, No. 3, p. 79–80.

УДК 616.351-006.6(571.63)

КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК В ПРИМОРСКОМ КРАЕ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

О.А. Соболевская¹, А.Ф. Пономарев¹, С.Е. Гаврина², Л.С. Денисенко², О.К. Шкуратова², Е.С. Рогаткина², С.П. Иванов²

¹Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2),

²Приморская краевая клиническая больница № 1 (690091, г. Владивосток, ул. Алеутская, 57)

Ключевые слова: злокачественные новообразования, толстая кишка, диагностика, лечение.

Обобщены данные по колоректальному раку центра колопроктологии Краевой клинической больницы № 1 Владивостока за 15 лет (1977–2011). Среди заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) в Приморском крае колоректальный

рак занимает 5-е место. Каждый третий случай этого заболевания (35%) диагностируется в запущенном состоянии (III–IV стадия). Из 1366 пациентов за 15 лет оперировано 1134, радикальные вмешательства выполнены в 73,1% наблюдений. Осложнения зарегистрированы в 6,4% случаев, летальность составила 2,6%. Подчеркивается значение профилактических мероприятий в улучшении диагностики и качества лечения пациентов с ЗНО толстой кишки.

Соболевская Ольга Анатольевна – канд. мед. наук, ассистент кафедры госпитальной хирургии ТГМУ; e-mail: osobolevskaya@mail.ru

В 2008 г. в России зарегистрировано 31 732 новых случая рака ободочной кишки и 23 987 случаев рака прямой кишки. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) мужского населения рак толстой кишки занимает 5-е (5,7%), женского населения – 4-е место (7%). В целом колоректальный рак – второе по распространенности онкологическое заболевание у мужчин и третье – у женщин. При росте абсолютного числа заболевших раком толстой кишки с 2003 по 2008 г. число заболевших составляет 11,6% среди мужчин и 13,4% – среди женщин. В структуре смертности населения России от злокачественных новообразований колоректальный рак занимает 2-е место после рака легкого. Смертность от этого заболевания в России с 2003 по 2008 г. увеличилась на 5,2% среди мужчин и на 8,1% – среди женщин [5, 7].

В Приморском крае, как и в России в целом, ведущие локализации в общей структуре заболеваемости ЗНО (оба пола) следующие: первое место занимают злокачественные новообразования трахеи, легких и бронхов – 13,7% (в 2008 г. – 14,1%, РФ – 11,8%), на втором месте находятся ЗНО кожи – 11,4% (в 2008 г. – 10,9%, РФ – 11,9%), на третьем – ЗНО молочной железы – 10,3% (в 2008 г. – 10,5%, РФ – 10,7%), на четвертом – ЗНО желудка – 8,2% (в 2008 г. – 8,4%, РФ – 8,6%), на пятом – ЗНО ободочной кишки – 4,7% (в 2008 г. – 5,7%, РФ – 6,4%). В общем, на долю колоректального рака приходится 9,1% случаев (рака прямой кишки – 4,4%), т.е. больше, чем на рак желудка.

По данным центра колопроктологии Краевой клинической больницы № 1 Владивостока, за 15 лет (1977–2011) в Приморье среди ЗНО у мужчин колоректальный рак занимает третье место (9,4%) после рака легкого и рака желудка (22,7 и 10,3% соответственно). Среди женщин ситуация аналогичная – третье место (9,6%) после рака молочной железы и рака кожи (19,8 и 13,7% соответственно, в РФ – 20 и 13,6%).

Обращают на себя внимание очень низкие показатели выявляемости ранних форм ЗНО визуальных локализаций:

- полость рта и глотки – 4,3%,
- прямая кишка – 2,7%,
- кожа – 10,5%,
- молочная железа – 11,4%.

Низка выявляемость ЗНО и других локализаций:

- пищевод – 2,4%,
- желудок – 3,2%,
- ободочная кишка – 1,2%,
- мочевого пузыря – 2,3%.

Важным показателем, определяющим прогноз, является степень распространенности опухолевого процесса на момент постановки диагноза. Так, в 2009 г. в Приморском крае 41,7% ЗНО выявлены на I–II стадиях (в РФ – 46%). Остаются стабильно высокими показатели диагностики ЗНО на III стадии – 26,5% (в РФ – 23,5%) и на IV стадии – 26,6% (в РФ – 22,8%). Частота диагностики онкологического процесса на III стадии по отдельным локализациям в крае составила:

- гортань – 46,7%,
- полость рта – 46,4%,
- прямая кишка – 38,3%,
- молочная железа – 36,2%,
- ободочная кишка – 31,5%.

По показателю запущенности заболевания (III–IV стадии) при опухолях визуальной локализации на первом месте оказались ЗНО желудка (44,8%), на втором – ЗНО ободочной кишки (35,7%), на третьем – ЗНО прямой кишки (61,3%) и на четвертом – ЗНО полости рта и глотки (72,5%).

Смертность от ЗНО в крае занимает 2-е место после смертности от болезней системы кровообращения. Остается постоянной высокая летальность в течение 1-го года после установления диагноза:

- рак желудка – 49,3%,
- рак пищевода – 56,4%,
- рак ободочной кишки – 52,7%,
- рак прямой кишки – 33,7%,
- рак молочной железы – 12%.

Прирост смертности от ЗНО прямой кишки по краю составил 4,7%, относительные показатели 5-летней выживаемости при всех ЗНО в 2009 г. – 37,6% (по РФ – 50,4%).

Хирургическое лечение как единственный метод радикального лечения применяется при раке желудка, молочной железы и прямой кишки. Химио- и лучевое лечение как самостоятельный метод в среднем по краю используется в 2% случаев (по РФ – в 2,9% случаев). Чаще этот метод применяется при ЗНО трахеи, бронхов, легких (20,9%, в РФ – 8,2%), при онкологической патологии лимфатической и кровеносной систем (18,6%, в РФ – 13,2%) и раке прямой кишки (7,0%, в РФ – 0,9%) [1, 3].

Клиника колоректального рака и возможности его диагностики во многом определяются анатомической локализацией – чем больше просвет кишки, тем длиннее доклиническая фаза и тем позже диагностируется заболевание. Так, рак слепой кишки, восходящего отдела и области печеночного угла ободочной кишки диагностируется, как правило, в фазу осложнений, когда регистрируется длительная анемия, опухоль становится пальпируемой, появляются умеренные боли и позднее – нарушения кишечной проходимости [2, 4, 6].

Рак правой половины толстой кишки чаще диагностируется на грани операбельности, на III–IV стадиях. Опухолевые поражения левой половины ободочной кишки проявляются (кровотечение, кишечная непроходимость) раньше и диагностируются, как правило, на I–II стадиях болезни. По данным статистики, на долю ЗНО левой половины толстой кишки приходится до 50% всех наблюдений колоректального рака [2, 4, 6].

По нашим данным, частота возникновения рака левой половины толстой кишки (без рака прямой кишки) – 53–54%, рака правой половины толстой кишки – 46–47%. По стадиям на момент госпитализации и оперативного вмешательства получены следующие цифры (левая и правая половины соответственно):

Таблица

Характеристика результатов лечения колоректального рака, по данным центра колопроктологии ПМКБ № 1

Показатель	Кол-во наблюдений по годам, абс.															Всего	
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	абс.	%
Поступило больных	78	77	83	76	82	91	98	89	78	99	95	95	99	115	111	1366	100,0
Не оперировано больных	12	11	14	8	7	10	20	29	19	15	11	12	18	26	20	232	17,0
Оперировано больных	66	66	69	68	75	81	78	60	59	84	84	83	81	89	91	1134	83,0
Радикальные операции	52	45	61	55	55	49	41	41	38	65	39	71	61	64	66	829	73,1
Паллиативные операции	14	21	8	13	20	32	37	19	20	21	28	27	13	16	16	305	26,9
Осложнения	5	6	6	5	6	10	9	9	5	6	7	5	3	2	4	88	6,4
Летальность	5	3	2	3	7	3	5	4	1	5	6	2	1	1	2	50	2,6

I стадия – 5,5 и 16,8 %,

II стадия – 33 и 44 %,

III стадия – 24 и 39 %,

IV стадия – 22 и 28 %.

Практически каждый пятый пациент с раком ободочной кишки поступает в клинику с запущенной стадией заболевания. Во время интраоперационной диагностики показатель запущенности возрастает – данная стадия ЗНО диагностируется почти в каждом третьем случае. С учетом пациентов, которым было отказано в оперативном лечении, показатель запущенности составляет 35 %. Паллиативные вмешательства выполняются в одной трети наблюдений (табл.).

В группу радикальных вмешательств при колоректальном раке ободочной кишки включены:

- резекция сигмовидной кишки, механический шов – 33,8 %,
- резекция сигмовидной кишки, ручной шов – 4,5 %,
- операция Гартмана – 4,3 %,
- левосторонняя гемиколэктомия – 8,8 %,
- левосторонняя гемиколэктомия по Микуличу – 2,8 %,
- правосторонняя гемиколэктомия – 25,6 %,
- правосторонняя гемиколэктомия по Микуличу – 1,7 %,
- резекция сигмовидной кишки по Микуличу – 2,6 %,
- субтотальная колэктомия, механический шов – 1,1 %,
- резекция кишки и ампутация матки – 2,6 %,
- левосторонняя гемиколэктомия и резекция сигмовидной кишки – 0,6 %,
- правосторонняя гемиколэктомия, механический шов – 9,5 %,
- правосторонняя гемиколэктомия, ручной шов – 1,7 %,
- резекция сигмовидной кишки и правосторонняя гемиколэктомия – 0,6 %.

Частота послеоперационных осложнений и летальность не выходят за пределы статистических показателей общехирургических, тем более специализированных отделений.

Заключение

Колоректальный рак – разнообразное по клинике, медленно прогрессирующее заболевание, трудное для диагностики на ранних стадиях. Только онкологическая настроенность врачей первичного звена, желание каждого человека быть здоровым с периодическим

выполнением пальцевого исследования прямой кишки (ежегодно), ректороманоскопии (1 раз в 3 года), фиброколоноскопии (1 раз в 5 лет) позволят выявлять колоректальный рак на ранних стадиях [5].

Для нормальной работы врачей поликлиник необходима достаточная техническая оснащенность и профессиональная подготовка эндоскопистов. Негативно сказывается на диагностике отсутствие эндоскопической аппаратуры в центре колопроктологии, из-за чего периодически нет возможности госпитализировать пациентов с полипами ободочной кишки и проводить лечение для предупреждения перехода полипа в рак или удаления раковых образований на ранней стадии.

Литература

1. Атлас онкологических операций / под ред. В.Д. Федорова и др. М.: Медицина, 1987. 536 с.
2. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. Ростов-на-Дону: Феникс, 2001. 209 с.
3. Клиническая оперативная колопроктология / под ред. В.Д. Федорова, Г.И. Воробьева, В.Л. Ривкина. М.: Медицина, 1994. 430 с.
4. Практическая онкология: избранные лекции / под ред. С.А. Туляндина и В.М. Моисеенко. СПб.: Центр ТОММ, 2004. 840 с.
5. Профилактика, диагностика и лечение колоректального рака: краткий справочник для специалиста. М., 2011 г. 140 стр.
6. Рак прямой кишки / под ред. В.Д. Федорова. М.: Медицина, 1987. 320 с.
7. Estimated new cases and deaths from colon and rectal cancer in the United States in 2010. URL: <http://www.cancer.gov/cancertopics/types/colon-and-rectal> (дата обращения 20.04.2012).

Поступила в редакцию 26.04.2012.

COLORECTAL CANCER IN PRIMORSKY KRAI: ISSUES OF DIAGNOSING AND TREATMENT

O.A. Sobolevskaya¹, A.F. Ponomarev¹, S.E. Gavrina², L.S. Denisenko², O.K. Shkuratova², E.S. Rogatkina², S.P. Ivanov²
¹ Pacific State Medical University (2 Ostryakova Av. Vladivostok 690950 Russian Federation), ² Primorsky Krai Regional Clinical Hospital No. 1 (57 Aleutskaya St. Vladivostok 690091 Russian Federation)

Summary – The paper summarises data about colorectal cancer detected in the Coloproctology Centre of the Primorsky Krai Regional Clinical Hospital No. 1 over 15 years (1977–2011). The colorectal cancer occupies the 5th position among the malign tumour incidence rate in Primorsky Krai. Each third case of this disease (35 %) is diagnosed in the advanced stage of a disease (stage III–IV). Of 1366 patients over 15 years 1134 were operated, radical surgeries were performed in 73.1 % of cases. The complications were observed in 6.4 % of cases. The lethality rate reached 2.6 %. The paper emphasises the role of preventive measures intended to improve diagnostics and quality of treatment for patients with malign tumours of large intestine.
Key words: malign tumours, large intestine, diagnostics, treatment.

Pacific Medical Journal, 2012, No. 4, p. 80–82.