



Газета про здоровье и про жизнь

Панacea

Учредитель – Клиническая больница №122 им. Л.Г. Соколова
Лауреат Премии Санкт-Петербурга по качеству 2003 года
Дипломант Премии Правительства России по качеству 2004 года

№5 (57)
август
2008

ВЫСОКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

NEW!

Магнитно-резонансная томография (МРТ) представляет собой диагностический метод, позволяющий получить информацию о морфологических особенностях органов и тканей человека. В основе МРТ лежит регистрация радиоизлучения, поступающего от атомов водорода. Для того чтобы такое излучение возникло, пациента помещают в сильное магнитное поле и облучают электромагнитными волнами с той же частотой, с которой эти атомы колеблются в постоянном магнитном поле. Таким образом, МРТ-изображение является картой распределения атомов водорода в исследуемом слое.

МРТ позволяет более точно диагностировать опухоли головного мозга и черепных нервов, точно определить распространённость новообразования и его отношение с окружающими структурами. В первые 24-48 часов от начала клинических проявлений ишемического инсульта МРТ позволяет точно установить зону поражения.

В настоящее время в Клинической больнице №122 им. Л.Г. Соколова установлен магнитно-резонансный томограф 1,5 Тесла Филипс Интера. Общее время исследования одной анатомической области (голова, средостение и т.д.) колеблется от 30 до 40 минут.

Контактные телефоны: 449-60-20, 449-6033, 449-6035, 8 (903) 092-9724

КОГДА РАК – НЕ ПРИГОВОР ЯПОНСКИЙ ОПЫТ НА РОССИЙСКОЙ ПОЧВЕ

В настоящее время во всем мире наблюдается рост числа онкологических заболеваний. Вопреки распространенному мнению, что японцы, благодаря специфике традиционного питания, меньше, чем европейцы и американцы, подвержены этому недугу, Япония не составляет счастливого исключения. Более того, употребление в пищу сырой рыбы, острых приправ (типа васаби) повышает риск заболеваемости раком желудка. Вместе с тем статистика говорит о том, что те, кто отказывается от традиционной национальной кухни, уходят от рака желудка, но достаточно часто, как европейцы и американцы, заболевают раком толстой кишки.

Но почему в этой стране среди заболевших раком смертность значительно ниже, чем в других развитых странах, в том числе и в России? И если японцы владеют эффективными методиками борьбы с онкологическими заболеваниями, возможно ли применение их опыта в наших условиях – здесь и сейчас?

Об этом мы беседуем с главным хирургом Клинической больницы №122 им. Л.Г. Соколова доктором медицинских наук Виктором Анатольевичем Кашенко, который по приглашению японских коллег в течение трех недель проходил стажировку в Центральной больнице префектуры японского города Каназава.

– Виктор Анатольевич, за передовым опытом и новыми технологиями в области хирургической гастроэнтерологии, онкологии, эндовидеохирургии едут в Клиническую больницу №122: здесь работают высококвалифицированные специалисты, используются современные малоинвазивные методики, новейшее диагностическое оборудование, успешно проводятся сложнейшие операции. Что нового Вы хотели почерпнуть из опыта японских коллег?

– Цель стажировки была самая обычная – познакомиться с опытом работы японских врачей, новыми методиками, технологиями. Наша стажировка проходила в Центральной больнице префектуры города Каназава с населением около 800 тысяч человек. Больница по своей структуре – аналог нашей Областной больницы. В течение трех недель мы вместе с японскими коллегами принимали участие в ежедневных обходах, разборах операций, наблюдали за операциями, принимали участие в работе конференции по эндовидеохирургии – словом, были полностью погружены в рабочую атмосферу клиники. Нам было очень интересно посмотреть, как работают японские хирурги, сравнить их работу с нашей. На самом деле, они не делают ничего такого, чего не умеем делать мы. Разница в подходах: мы ориентированы на получение непосредственного результата, а они, оперируя, думают о том, что будет с пациентом

через годы после проведенной операции. Я бы назвал это уважительным отношением к мелочам, проработкой деталей. Возможно, это заложено в японском характере – терпеливом и созерцательном. Неоспоримым преимуществом японской системы здравоохранения является широкое применение новейших компьютерных технологий и ранняя диагностика заболеваний, в первую очередь рака. Они оперируют успешно, потому что им удается оперировать раки на ранних стадиях. Причем в 50% случаев это лапароскопические операции. Мы, к сожалению, оперируем рак на III и IV стадиях.

Как ни парадоксально, но поехав в Японию за новыми технологиями и методиками, мы привезли оттуда твердое убеждение в необходимости изменения подходов к выявлению и лечению онкологических заболеваний в нашей системе здравоохранения и системы скрининга.

– Вы имеете в виду раннюю диагностику онкологических заболеваний через



диспансеризацию населения? Но ведь большинство наших соотечественников обращаются к врачу, когда уже появляются симптомы заболевания.

– Безусловно, организационный момент здесь очень важен. Нужно, чтобы человек пришел на обследование до появления симптомов заболевания. Сошлюсь на пример той же Японии: каждый житель этой страны, достигший 50-летнего возраста, ежегодно делает гастроскопию и один раз в пять лет – колоноскопию.

Но ранняя диагностика – это не только и не столько проблема организации диспансеризации. Выявить заболевание на ранней стадии возможно только при соблюдении определенных стандартов исследования. Те стандарты диагностики, которые существуют у нас сегодня, не обеспечивают раннего выявления заболеваний. Их надо менять – проводить скрининг раннего рака, используя современное диагностическое оборудование, обучать специалистов. Все это возможно сделать.

– В масштабах страны, города, отдельно взятой больницы?

– Думаю, что создать систему ранней диагностики рака можно в рамках отдельно взятой больницы. Однако эффект будет невысоким. Правильнее эту модель использовать для построения системы раннего выявления онкологических заболеваний на уровне города и даже страны.

– И Вы решили реализовать эту задачу на базе Клинической больницы №122?

– Разумеется, не я один. Во-первых, эту идею поддерживает круг специалистов, имеющих общность взглядов на решение этой проблемы, руководство клиники. И работа уже ведется. Она представляется мне настолько важной, что я решил отложить на время очередную стажировку в Америке. Мы выходим на новый уровень: создаем стандарты, описывая позиции на основе рекомендаций японских специалистов, создаем обучающий центр, в котором наши специалисты будут обучаться работе на новом высокотехнологичном диагностическом оборудовании, которое закуплено совсем недавно. Мы закупили новое эндоскопическое оборудование с системой узкополосного изображения (NBI). Использование NBI позволяет четче выявлять изменения, характерные для раннего рака, дифференцировать едва различимые изменения структуры и цвета слизистой, определить наиболее точную зону биопсии. Заложена функция 70-кратного электронного увеличения преобразует эндоскопическую картинку в микроскопическую, делая изображение более информативным для исследователя. В будущем мы сможем осуществлять микроскопию слизистой через эндоскоп.

К тому же этот прибор позволяет значительно сократить время обследования и делает его более комфортным для больного. Обследование на этом приборе особенно актуально для онкопоиска (верхние отделы желудочно-кишечного тракта и толстый кишечник) и поиска «раннего рака».

Арсенал оборудования пополнился новой видеоинформационной системой экстра-класса VIZERA, которая позволяет получать изображение очень высокого качества (разрешение свыше 640 строк), сохранять и передавать изображения в цифровом формате. С этой цифровой видеосистемой можно использовать различное дополнительное эндоскопическое оборудование – от видеолапароскопов и телескопов до гибких видеоскопов для всех областей хирургии.

Среди новинок – и современное электрохирургическое оборудование. Кроме того, клиника сегодня располагает широким спектром сшивающих аппаратов, современным шовным материалом.

– Методически и технологически Вы готовы к работе в новой системе. А организационно?

– Наша клиника с момента своего создания обслуживает так называемый прикрепленный контингент – работников прикрепленных предприятий с вредными условиями труда. Существует хорошо отлаженная система проведения диспансеризации, которая очень хорошо вписывается в новую модель. Практически, мы уже работаем в новой системе.

Контактный телефон: 928-9525



**ОТДЕЛЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ
Клинической больницы № 122 им. Л. Г. Соколова**

**УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ТОМОГРАФИЯ
(УЗИ ЭКСПЕРТНОГО КЛАССА) –
СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ**

Безопасный и безболезненный. Высокоинформативный и доступный

В нашем отделении проводят все известные виды УЗИ с использованием датчиков высокой разрешающей способности на аппаратах экспертного класса. УЗИ экспертного уровня по информативности сопоставимо с компьютерной и магнитно-резонансной томографией, но не имеет противопоказаний.

Врачи нашего отделения проводят уникальные малоинвазивные вмешательства под сонографическим контролем – все виды лечебных и диагностических пункций (патологические образования молочных, щитовидной желез, простаты, внутренних органов – печени, поджелудочной железы). Гистологические заключения – от ведущих морфологов города.

**Мы работаем в будние дни с 9.00 до 20.00,
в выходные дни – с 9.00 до 14.00
по адресу: пр. Культуры, 4
телефон 559-9682**

КОГДА ОРГАНАМ СТАНОВИТСЯ ТЕСНО

Первые упоминания о грыжах встречаются в работах Гиппократ (V век до н. э.), Галена (I век до н. э.), Цельса (I век до н. э.) и др. авторов. Уже в те времена специалисты, называемые «кильными лекарями» или «грыжесеками», понимали, что единственный способ лечения грыж передней брюшной стенки – оперативный, хотя методы были далеки от совершенства. При паховых грыжах, например, производилось иссечение грыжевого мешка вместе с яичком, перевязка грыжевого мешка вместе с семенным канатиком, рассечение ущемляющего кольца (келотомия), суживание грыжевого отверстия после вправления внутренностей в брюшную полость путем прижигания каленым железом. Неудивительно, что операции подобного рода нередко заканчивались трагически для пациентов. Лишь во второй половине 19 века появились анатомические исследования, положившие начало научному подходу к изучению данной проблемы, создавшие теоретическую базу современной герниологии (науке о грыжах).

Грыжи живота. Существует довольно значительное количество всевозможных разновидностей грыж и, соответственно, их классификаций. Чтобы не уходить в дебри терминологии, так нелюбимой даже студентами медицинских вузов, приведем классическое определение, данное Цельсом: грыжа – это выпячивание внутренностей через приобретенные и врожденные «ворота». То есть, не что иное как скопление внутренностей под кожей.

Причины появления грыж. Важнейшим этиологическим моментом возникновения грыж является нарушение динамического равновесия между внутрибрюшным давлением и способностью стенок живота ему противодействовать. У здорового человека, несмотря на наличие «слабых мест», тонус мышц диафрагмы и брюшного пресса удерживает органы брюшной полости в их естественных вместилищах даже при значительных колебаниях внутрибрюшного давления, например, при поднятии тяжестей, кашле, дефекации, затрудненном мочеиспускании, родоразрешении и т.д.

Общие факторы образования грыж принято делить на две принципиально различные группы: **предрасполагающие и производящие.** К **предрасполагающим** факторам относят особенности конституции человека, сложившиеся на основе наследственных или приобретенных свойств. Это, прежде всего, наследственная предрасположенность к образованию грыж, также типовые, половые и возрастные различия в строении тела. К конституциональным факторам следует отнести изменения в брюшной стенке, связанные с беременностью, неблагоприятными условиями труда и быта, а также различные патологические состояния, например, ожирение или истощение. **Производящими** являются факторы, способствующие повышению внутрибрюшного давления или его резким колебаниям, например, тяжелый физический труд, частый плач и крик в младенческом возрасте, трудные роды, кашель при хронических заболеваниях, продолжительные запоры, затруднение мочеиспускания при аденоме предстательной железы или при стриктуре мочеиспускательного канала.

Роль наследственной предрасположенности не вызывает сомнения. Речь идет о наследственной передаче особенностей анатомического строения брюшной стенки. При тщательном изучении анамнеза влияние этого фактора выявляется у 20-25% больных (А.П. Крымов). R. Berger установил, что из каждых 4-х больных один происходит из семьи, в которой у других ее членов также имелась грыжа.

У некоторых лиц независимо от типа телосложения отмечается истинная конституциональная предрасположенность к образованию грыж, в основе которой лежит врожденная слабость соединительной ткани, носящая характер системного заболевания.

Образованию грыжи способствует ожирение или истощение как следствие различных патологических состояний. При ожирении мышцы брюшной стенки атрофичные, дряблые. Механизм образования грыжи при истощении связан с исчезновением жира из тканей, что сопровождается увеличением размеров тех щелей и отверстий в брюшной стенке, которые ранее были им заполнены. В результате снижается резистентность «слабых мест» к действию внутрибрюшного давления и создаются благоприятные условия для развития грыжи. Считается, что для образования грыжи необходимо сочетание предрасполагающих и производящих факторов.

Принципы лечения. Излечить грыжу можно только оперативным путем, основным принципом которого является индивидуальный, дифференцированный подход к выбору метода грыжесечения. При решении этой задачи лечащим врачом учитывается форма грыжи, ее патогенез, состояние тканей брюшной стенки и величина грыжевого дефекта.

Установленный диагноз грыжи является прямым показанием к выполнению плановой операции по ее устранению, от которой не стоит отказываться под предлогом «она у меня не болит» или «она мне не мешает», и вот почему.

Осложненные грыжи. Важнейшей клинической формой грыж живота является ущемленная грыжа, требующая немедленного оперативного вмешательства по жизненным показаниям. Суть ущемления состоит в том, что органы, вышедшие в грыжевой мешок, подвергается сдавлению в области его шейки. При этом развиваются расстройства крово- и лимфообращения и существует реальная угроза омертвления ущемленных органов. Ущемление содержимого грыжевого мешка может иметь различный механизм. Чаще всего при внезапном повышении внутрибрюшного давления происходит кратковременное увеличение грыжевых ворот, в результате чего в грыжевой мешок выходит больше, чем обычно, внутренностей. Затем грыжевые ворота сокращаются до обычных размеров, и внутренности не успевают вернуться в брюшную полость. Такое ущемление называют эластическим. Другой вид ущемления – каловое наблюдается в основном у пожилых людей. В петле кишки, попавшей в грыжевой мешок, постепенно скапливается все больше содержимого, которым в конце концов сдавливается отводящая петля кишки с питающими ее сосудами. Каловое ущемление развивается менее остро, чем эластическое.

При сдавлении сосудов брыжейки в ущемленных петлях вначале развивается отек. Явления венозного застоя и экссудации приводит к скоплению в полости грыжевого мешка прозрачной жидкости, которая приобретает геморрагический характер. Некротические изменения в ущемленной петле кишки сопровождаются проникновением бактерий через кишечную стенку и инфицированием «грыжевой воды». Она мутнеет, приобретает специфический каловый запах. Если такому больному вовремя не оказать помощь, может наступить летальный исход вследствие кишечной непроходимости и перитонита или, что бывает значительно реже, гнойно-некротический процесс в грыжевом мешке распространяется на другие ткани, вовлекая подкожную клетчатку и кожу. В этом случае формируется флегмона грыжевого мешка, а после ее вскрытия кишечный свищ.

При современном развитии хирургии некоторые виды операций по грыжесечению могут в плановом порядке выполняться в амбулаторных условиях и стационаре одного дня, после чего пациент в достаточно короткие сроки возвращается к активной и полноценной жизни.

Не затягивайте с лечением.

**Листвин Р.Н.,
хирург Центральной поликлиники**

Запись на консультацию по телефону 558-8687

Учредитель – Клиническая больница №122 им. Л.Г.Соколова. Зарегистрировано Северо-Западным региональным управлением Комитета Российской Федерации по печати №3129 от 01.06.1998. Отпечатано в ООО «Типографский комплекс «Девиз».

Заказ: . Тираж 10 000 экз.

Часть тиража распространяется бесплатно. Редактор – Ольга Морозова.

Адрес редакции: 194291, Санкт-Петербург, пр. Культуры, 4, КБ №122 им. Л.Г. Соколова, т./ф. 559-9724.

Рекламируемые товары и услуги лицензированы и сертифицированы.

Лицензия КБ №122 им. Л.Г. Соколова №122 №99-01-004933 от 05.09.2007.