Продолжаем разговор

Чтобы не сложилось превратное представление о лечении болезни

Письмо из Российского общества хирургов

Неоднозначную реакцию наших читателей, в частности хирургов, вызвали «конспекты врача» профессора В.Максимова «Желчнокаменная болезнь» («МГ» № 51–54, июль 2013 г.) и «Хронический некалькулёзный холецистит» («МГ» № 62, 64, август 2013 г.). Сегодня мы публикуем два письма-отклика на этот материал. Предлагаем читателям продолжить разговор на весьма непростую тему.

Я являюсь очень давним подписчиком «Медицинской газеты» и привык получать из каждого номера много новой, достоверной информации о различных разделах медицины. Всегда относился с большим уважением к вашей редакционной политике: на протяжении многих лет вся информация публиковалась очень взвешенно. Каково же было моё удивление, когда в рубрике «Конспект врача» прочёл статьи «Желчнокаменная болезнь» и «Хронический некалькулёзный холецистит».

Я даже как-то растерялся, не знал как отреагировать правильно. То ли самому написать критический комментарий, то ли коллег-хирургов попросить? Не должно у уважаемых читателей «МГ» остаться превратное представление о лечении ЖКБ! «Камненосительство» надо лечить оперативно! А в опубликованной статье – а ведь это «конспект врача»! – предлагаются даже маргинальные технологии, типа пункции пузыря и растворения камней эфиром.

Моя растерянность несколько затянулась, и только по прошествии времени я нашёл, как следует поступить: попросил директора Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии профессора Игоря Евгеньевича Хатькова дать комментарий с точки зрения не хирургов, а гастроэнтерологов, для того чтобы он был более взвешен в глазах терапевтов. Чтобы это не выглядело «извечным» противостоянием хирургов и терапевтов («им бы всё резать и резать»).

Андрей ФЁДОРОВ,
генеральный секретарь Российского общества хирургов, доктор медицинских наук, профессор.

Размер камней значения не имеет

Письмо из Центрального НИИ гастроэнтерологии

Изучив статью профессора В.Максимова «Хронический некалькулёзный холецистит» в рубрике «Конспект врача», мы обратили внимание на ряд вопросов, которые, на наш взгляд, требуют уточнения и комментариев.

Так, например, автором рассматриваются некоторые состояния – перихолецистит, «отключённый» желчный пузырь, а также водянка и эмпиема как осложнения хронического бескаменного холецистита. Однако необходимо указать, что большинство экспертов сходятся во мнении, что в клинической практике такие состояния, как перихолецистит, «отключённый» желчный пузырь, водянка и эмпиема желчного пузыря, следует рассматривать как осложнения желчнокаменной болезни (ЖКБ), и обусловлены они, прежде всего, механическим повреждением слизистой оболочки конкрементами, выраженными патологическими изменениями в стенке желчного пузыря, а также нарушением оттока желчи (частичная или полная обтурация пузырного протока слизью, мелкими конкрементами, замазкообразной желчью). Инфекция обычно присоединяется вторично.

Следующий комментарий касается лечения ЖКБ. По мнению большинства экспертов, тактика ведения больных ЖКБ должна быть дифференцирована в зависимости от стадии заболевания. Так, в настоящее время золотым стандартом лечения ЖКБ является хирургическое лечение. В клиническую практику широко внедрены лапароскопические методы лечения.

Точкой приложения для литолитической терапии с применением препаратов урсодезоксихолевой кислоты (УДХК), на наш взгляд, является начальная стадия ЖКБ (стадия билиарного сладжа или предкаменная стадия). При этом опыт длительного применения препаратов УДХК в ЦНИИ гастроэнтерологии показал, что данный вид лечения не всегда себя оправдывает в связи с высоким процентом рецидива холелитиаза. Процесс литогенеза непрерывен, и полное растворение конкрементов не свидетельствует о полном излечении больного (А.А.Ильченко с соавт., 2002).

Автор считает, что «оперативному лечению подлежит хронический калькулёзный холецистит при размере камней более 2 см». На наш взгляд, размер камней не имеет никакого значения и течение ЖКБ, даже несмотря на часто встречающееся бессимптомное «камненосительство», непредсказуемо и может приобрести осложнённое течение (в том числе бессимптомное) в любой момент.

И хотя в клинической практике достаточно часто можно встретить мнение врачей в отношении ЖКБ «не беспокоит – не оперировать», следует помнить, что отказ от выжидательной тактики при бессимптомном «камненосительстве» и рекомендация более раннего проведения холецистэктомии способствуют более благоприятным исходам, а также профилактике осложнений ЖКБ, в том числе и рака желчного пузыря.

Кроме того, наличие мелких конкрементов в желчном пузыре гораздо чаще приводит к развитию желчной колики, холедохолитиазу, «отключённому» желчному пузырю, водянке и т.д. Надо чётко понимать, что несвоевременно проведённое хирургическое лечение может привести не только к развитию тяжёлых осложнений, но и к большей частоте послеоперационных состояний, требующих повторных хирургических вмешательств на желчных протоках, повышению частоты развития постхолецистэктомического синдрома (в 25,2% случаев Е.В.Быстровская, 2010), ухудшению качества жизни в послеоперационном периоде.

Эльмира СЕЛЕЗНЁВА,
заведующая отделением патологии желчевыводящих путей Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии, доктор медицинских наук.

НА СНИМКЕ: лапароскопическая холецистэктомия давно стала золотым стандартом.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Тенденции

Помощь всё ощутимее

Онкологи Владивостока и Томска консолидируют свои силы

В отделении радиологии Приморского краевого онкологического диспансера прошла Дальневосточная научно-практическая конференция. Представленный на ней доклад руководителя отделения общей онкологии Томского НИИ онкологии, доктора медицинских наук, профессора Елены Слонимской «Актуальные проблемы ранней диагностики и лечения рака молочной железы» вызвал у специалистов Владивостока самый живой интерес.

Елена Михайловна поделилась опытом диагностического центра, созданного на базе научно-исследовательского института, с онкологами, лучевыми диагностами, маммологами Владивостока. Она представила программу, которая позволяет на ранних стадиях выявлять рак молочной железы и выбирать адекватную тактику лечения, которая позволит сохранить жизнь 85% пациенток.

– В России нет ни одной государственной программы, обеспечивающей масштабное выявление злокачественных новообразований на ранних стадиях. Нет скрининга. Нет стандартов. Есть отдельные работающие части такой программы, принятые «на местах», но они не решают проблемы в целом по России, – обозначила проблематику Елена Слонимская.

По словам профессора, сегодня в России показатель выявления рака молочной железы на I–II стадиях составляет 63%. Однако в следующие 5 лет сохранить жизнь удаётся всего 57% пациенток. В Европе эта цифра составляет более 80%, в Америке ещё больше – 90% и выше. При этом известно, как и какие препараты должны быть применены в терапии, чтобы достичь высоких результатов.

Е.Слонимская рассказала, что в 2011 г. на координационном совете в присутствии губернатора Томской области, представителей всех департаментов здравоохранения Сибирского федерального округа и главных врачей онкодиспансеров была принята программа «Совершенствование ранней диагностики и лечения рака молочной железы на территории Сибири и Дальнего Востока». Этот документ регламентирует применение эффективных дорогостоящих препаратов. Участники программы обязаны при поддержке своих департаментов закупать и использовать лекарства, с помощью которых достигается наилучший результат.

Этот опыт специалисты Томского НИИ онкологии распространили и на Дальневосточный округ. 5 мая 2013 г. состоялось совещание в Хабаровске, где было принято решение по вступлению в программу. По последним данным, в СФО помощь по этой программе получили 517 женщин, в ДФО – 57 (во Владивостоке – 6).

Отметим: диагностический центр на базе Томского НИИ онкологии существует 17 лет. Первоначально обследоваться приходили в основном женщины уже с III стадией рака молочной железы. Сегодня благодаря усилиям врачей помощь становится всё ощутимее – 80% пациенток обращаются с I–II стадиями.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.