

но, неудовлетворительные -- 5,2 и 20,3% случаев (разница статистически достоверна  $p < 0,05$ ).

#### Выводы

1. Гидраденит – заболевание молодого возраста, женского пола, средней прослойки населения, род деятельности которых не связан с тяжелой работой и повышенным потоотделением. Предрасполагающими факторами в настоящее время являются не пренебрежение правилами личной гигиены, а, наоборот, чрезмерное увлечение бритьем волос, использование дезодорантов, антиперспирантов, а также ручной и аппаратной эпиляции.

2. Операцией выбора при современном хирургическом лечении осложненного подмышечного гидраденита является хирургическая обработка гнойного очага (ХОГО), которая должна начинаться с окаймляющих разрезов, сопровождаться полным удалением как самого гнойного очага (очагов), так и всей вовлеченной в процесс клетчатки. Осуществлено это может быть только под общим обезболиванием. Линейное хирургическое вскрытие очага и удаление гноя не приносит желаемых результатов, операцию нельзя сводить лишь к инцизии и эвакуации гноя.

3. Современная радикальная операция ХОГО позволяет свести к минимуму использование антибактериальных средств и противовоспалительных препаратов, особенно если исходно у пациента не было синдрома системного воспалительного ответа.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Альперович Б.И., Соловьев М.М. Клиника и лечение гнойных заболеваний. – Томск: изд. Томск. ун-та, 1986. – С. 45-49.
2. Войно-Ясенецкий В.Ф. (Архиепископ Лука) Очерки гнойной хирургии. – М.-СПб.: БИНОМ, Невский Диалект, 2000. – С. 170-171.
3. Гельман В.Я. Медицинская информатика. – СПб: Питер, 2002. – С. 155-161.
4. Гостищев В.К. Инфекция в хирургии: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 129-131.
5. Ерюхин И.А., Гельфанд Б.Р., Шляпников С.А. Хирургические инфекции. Руководство. – СПб: Литтерра, 2006. – С. 390-391.
6. Звягин А.А., Слепнев С.Ю., Курочкина А.И. Оценка тяжести состояния больных с хирургической инфекцией // Анестезиология и реаниматология. – 2002. – № 3. – С. 64-67.
7. Кобычев А.В. Гнойно-воспалительные заболевания верхних конечностей. – СПб: Невский диалект, 2002. – С. 318-321.
8. Попкиров С. Гнойно-септическая хирургия. – София: Медицина и физкультура, 1977. – С. 162-163.
9. Стручков В.И., Гостищев В.К., Стручков Ю.В. Хирургическая инфекция. – М.: Медицина, 1991. – С. 142-143.
10. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) index with Defined Daily Doses (DDDs). WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Oslo, Norway January 2002. ([www.whocc.no/atcddd/](http://www.whocc.no/atcddd/)).

В.Н. Журавлев, Д.В. Семаков,  
А.А. Качмазов, Л.В. Бойцун

#### К ВОПРОСУ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРОСТАТЫ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Уральская государственная медицинская академия, Урологическое отделение консультативно-диагностической поликлиники Свердловской ОКБ № 1

Среди наиболее распространенных форм злокачественных новообразований у мужчин рак предстательной железы (РПЖ) является одной из лидирующих, занимая третье место после рака легких и желудка. В настоящее время отмечается быстрый рост заболеваемости РПЖ, достигающий 3% за год. Важно отметить, что за последние годы увеличилась и смертность от рака простаты. Так, в 1997 году общее число лиц, заболевших раком, в мире составило 92 млн. человек, из них РПЖ – 460 тыс. (то есть 0,5%). Причем из 62 млн. лиц, умерших от онкологических заболеваний, 235 тысяч (то есть 0,38%) страдали РПЖ. Эти данные позволяют прогнозировать удвоение числа случаев РПЖ к 2030 году.

К концу второго тысячелетия данное заболевание стало серьезной социальной и экономической проблемой. В ряде стран ЕС (Дании, Ирландии, Швеции) стандартизированный показатель смертности достиг 18-20,5 человек на 100 тыс. мужчин. Учет заболеваемости РПЖ в России ведется с 1989 г., когда это заболевание было выделено в отчетных формах онкодиспансеров. Среди онкоурологических локализаций РПЖ составляет 31,5%, а по темпам прироста в структуре онкоурологической патологии занимает второе место (по данным Б.П. Матвеева, 2003).

Увеличение заболеваемости РПЖ в конце XX века многие специалисты склонны связывать с широким внедрением в повседневную практику диагностики современных методов и технологий. Однако, несмотря на широкое применение разнообразных методов диагностики РПЖ, проблема выявления ранних стадий заболевания остается актуальной, и даже при использовании современных методов и технологий диагностики локализованные формы РПЖ составляют 38-44%. По материалам зарубежных и отечественных исследований, 2/3 опухолей предстательной железы являются локально распространенными или генерализованными.

В России, по данным Б.П. Матвеева (1999), 70% больных РПЖ обращаются за медицинской помощью уже в третьей-четвертой стадии заболевания. Эти сведения определяют настоятельную необходимость оптимизации диагностического процесса на догоспитальном – амбулаторно-поликлиническом – этапе. Принимая во внимание актуальность ранней диагностики РПЖ, в 2004-2005 гг. в Свердловской области, как ответ на набирающую обороты проблему, была разработана и внедрена губернаторская программа «Урологическое здоровье мужчин». Главная цель этой программы заключается в ранней диагностике онкоурологических заболеваний, в том числе РПЖ. В поликлиниках различных городов Свердловской области (Первоуральске, Красноуфимске, Нижнем Таги-

ле, Каменске-Уральске и др.) начали свою работу 9 экспресс-диагностических урологических кабинетов (ЭДУК).

Базовое урологическое отделение располагается в консультативно-диагностической поликлинике Свердловской ОКБ № 1 г. Екатеринбурга. Кабинеты возглавляют высококвалифицированные специалисты. В структуру ЭДУК входят кабинет приема врача, цистоскопическая (все кабинеты оснащены смотровым и операционным цистоскопами), перевязочная, кабинет УЗИ, кабинет урофлоуметрии, лаборатория для определения простатоспецифического антигена (ПСА).

На специализированный прием к урологу больные направляются участковыми терапевтами, у которых мужчины в возрасте после 45 лет заполняют мини-анкету. Согласно последней выделяются 3 градации пациентов с симптомами патологии нижних мочевых путей и намечается тактика дальнейших действий:

1. 0-5 баллов — динамическое наблюдение, не требующее консультации специалиста.

2. 6-10 баллов — консультация уролога в плановом порядке.

3. Более 10 баллов — немедленная консультация уролога.

В последующем это помогает урологу выделить группу риска и провести дальнейшее углубленное обследование. При возникновении подозрения на РПЖ в первую очередь принято проводить 3 необходимых исследования: определение уровня ПСА, пальцевое ректальное исследование (ПРИ) простаты и трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) простаты. По показаниям выполняется биопсия предстательной железы.

*Определение уровня ПСА* (гликопротеина, вырабатываемого секреторным эпителием простаты) имеет большое значение не только для диагностики, но и для лечения и прогноза РПЖ. В скрининговых программах используется пороговый уровень – 2 нг/мл – для всех возрастных групп. Повышение ПСА > 2 нг/мл является показанием биопсии простаты. Следует отметить, что из трех вышеуказанных основных исследований (ПСА, ПРИ и ТРУЗИ простаты) определение ПСА дает наименьшее количество ложно отрицательных результатов и имеет наибольшую специфичность. Скрининг с применением простатоспецифического антигена в 2 раза увеличивает диагностическую ценность при РПЖ в стадии T1-T2, в то время как пальцевое ректальное исследование выявляет лишь до 30% гистологически подтвержденного

рака той же стадии. Чувствительность ПРИ недостаточна для определения латентного, локального и высокодифференцированного рака простаты.

*Пальцевое ректальное исследование* – самый простой, дешевый и безопасный метод диагностики РПЖ. Однако результат исследования во многом определяется размерами опухоли и ее локализацией. В результате пальпации врач оценивает основные характеристики железы:

1. Повышенная плотность (плотность может определяться в виде отдельных узлов либо различной величины инфильтрата, вплоть до перехода на стенки таза).

2. Асимметрия железы.

3. Неподвижность железы вследствие сращения ее с окружающими тканями.

4. Пальпируемые семенные пузырьки.

В среднем только в 1/3 случаев пальпируемых узлов предстательной железы в последствии гистологически верифицируется РПЖ.

*Трансректальное ультразвуковое исследование* простаты нашло очень широкое применение в диагностике многих заболеваний предстательной железы, в том числе и рака. Использование трансректальных датчиков, обеспечивающих высокое качество изображения, позволяет детально визуализировать структуру простаты, окружающие органы и ткани, а также прицельно взять биопсию из измененного участка железы.

**Результаты и обсуждение**

До 2003 года в поликлинике ГУЗ СОКБ № 1 наблюдалось ежегодно в среднем 150-200 человек, страдающих раком предстательной железы. Начиная с 2005 года с усилением скринингового контроля населения и внедрением современных методов диагностики (определение ПСА, трансректального УЗИ) количество вновь выявленных больных РПЖ ежегодно растет.

В Свердловской области после введения в действие губернаторской программы «Урологическое здоровье мужчины» резко увеличилась выявляемость больных РПЖ. Если в 2004 году РПЖ 1-2 стадии диагностировался в 25, а РПЖ 3-4 стадии – в 75% случаев, то начиная с 2005 года, распознавание ранних стадий заболевания неуклонно растет. В 2007 году впервые количество пациентов с 1-2 стадией РПЖ превысило 50%. За последние 10 месяцев в отделении урологии консультативно-диагностической поликлиники СОКБ № 1 под ультразвуковым контролем выполнено 412 мультифокальных биопсий предстательной железы.

Таблица

Результаты мультифокальных биопсий предстательной железы

КОЛИЧЕСТВО ВЫПОЛНЕННЫХ БИОПСИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 412																				
PSA	0-4					4-12					12-20					20 >				
Больных	7					206					149					50				
Выявлено t-g	6					106					118					48				
Стадия	T1	T2a	T2b	T3a	T3b-4	T1	T2a	T2b	T3a	T3b-4	T1	T2a	T2b	T3a	T3b-4	T1	T2a	T2b	T3a	T3b-4
%	-	-	-	-	85,7	29	15,2	3,27	1,6	-	11,9	32,2	14,4	31,4	10,2	-	1	17	41	37
G1	<7		>7			<7		>7			<7		>7			<7		>7		
%	-		100			58,3		41,7			31,2		68,8			17,6		82,4		

Результаты исследований представлены в таблице. Как следует из материалов последней, в 134 случаях опухоль не выявлена, в 160 – диагностирован локализованный рак предстательной железы, в 99 – местнораспространенный процесс, и лишь у 19 пациентов зафиксировано метастатическое поражение лимфатических узлов.

Таким образом, в контингенте амбулаторно обследованных лиц на «лидирующих позициях» находятся больные с локализованным раком предстательной железы (58% больных с верифицированным диагнозом), что является, несомненно, хорошим прогностическим признаком в плане лечения пациентов с использованием радикальных методов. Не вызывает сомнений, что ранняя диагностика рака предстательной железы у мужского населения области, их безотлагательное лечение при помощи передовых медицинских технологий позволит своевременно и качественно оказывать медицинскую помощь, осуществлять диспансерное наблюдение и, тем самым, повысить качество жизни больных, а также сократить сроки лечения, количество осложнений и летальность.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Б.П. Лечение локализованного рака предстательной железы, выбор тактики, результаты лечения [Текст] / Б.П. Алексеев, И.Г. Русаков // Современные возможности и новые направления в диагностике и лечении рака предстательной железы: Матер. Всерос. науч.-практич. конф. под ред. В.И. Чиссова. – Уфа, 2001. – С.18-23.
2. Матвеев Б.П. Рак предстательной железы [Текст] / Б.П. Матвеев, Б.В. Бухаркин // Комбинированное лечение больных со злокачественными опухолями: под ред. В.И. Чиссова. – М.: Медицина, 1989. – С.43-44.
3. Матвеев Б.П.. Рак предстательной железы [Текст] / Б.П. Матвеев, Б.В. Бухаркин, В.Б. Матвеев. – М., 1999.
4. Матвеев Б.П. Статистика онкоурологических заболеваний [Текст] / Б.П. Матвеев // Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний: Материалы 5-й Всерос. науч.-практич. конф. онкоурологов: под ред. Б.П. Матвеева. – Обнинск, 2003. – С.98.

*С.А. Коротких, О.И. Борзунов, А.Ю. Анашкин*

#### НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИТОМИЦИНА-С В ХОДЕ ОПЕРАЦИИ EPI-LASIK У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКОЙ МИОПИЕЙ

Уральская государственная медицинская академия,  
Медицинская клиника «Профессорская Плюс»,  
г. Екатеринбург

В настоящее время предложено немало методик эксимерлазерной коррекции миопии (ФПК, LASEK, LASIK, Epi-LASIK и др.), но, в ряде случаев, именно Epi-LASIK является операцией выбора (лица, наиболее подверженные профессиональному травматизму, пациенты с тонкой или измененной роговицей). Кроме того, методика Epi-LASIK достаточно технически проста, не требует дополнительного дорогостоящего оборудования и обладает стабильными прогнозируе-

мыми результатами. Однако, несмотря на несомненные достоинства, использование Epi-LASIK ставит ряд проблем. Наиболее функционально неблагоприятным осложнением является субэпителиальный фиброз роговицы – хейз (Haze), причем вероятность появления данного состояния повышается с величиной корректируемой аметропии и колеблется, по данным различных авторов [1], от 2 до 15%, в среднем, составляя 1-3,5%. С целью минимизации частоты возникновения данного состояния используется интраоперационная аппликация препарата Митомин-С, которая была предложена Majmudar с соавторами [2] применительно к методике ФПК. Однако нельзя упускать из виду такие осложнения в результате применения Митомин-С, как снижение числа эндотелиальных клеток роговицы, усиление болевых ощущений пациента во время и после операции ФПК [3]. Ряд авторов [4] предлагают варьировать концентрацией препарата, экспозицией препарата на роговице. Несмотря на доказанную эффективность методики, коллектив авторов решил оценить вероятность возникновения хейз среди пациентов, прооперированных по поводу высокой миопии.

Цель исследования – оценка эффективности применения препарата Митомин-С в ходе модифицированной операции EPI-LASIK у пациентов с высокой миопией.

#### Материалы и методы

С 2007 года под нашим наблюдением находилось 450 пациентов, представляющих собой клинически однородную группу (возраст: 18-38 лет, в среднем 26,4±0,5, соотношение по полу: 58% (261) женщин, 42% (189) мужчин, срок послеоперационного наблюдения составил от 4 месяцев до двух лет, в среднем 1,2±0,12 года), которым был выставлен диагноз высокая миопия (по данным рефрактометрии от -8,0 до -12,0, в среднем -9,5 ± 0,25). Всем пациентам была проведена персонализированная абляция на хирургическом лазере MEL-80 (Carl Zeiss) по методу Epi-LASIK с учетом кератотопографического исследования на аппарате Atlas (Carl Zeiss). После воздействия эксимерного лазера проводилась аппликация губкой с 0,02% раствором Митомин-С в зоне абляции с экспозицией 90-120 секунд, после чего операционное поле промывалось охлажденным раствором BSS в объеме 10 мл.

#### Результаты исследования и их обсуждение

В ходе наблюдения выявлено, что у 444 пациентов (98,7%) не отмечалось таких осложнений со стороны роговицы, как хейз. И только у шести прооперированных (1,3%) отмечался хейз I степени (в среднем до 6 месяцев), который был купирован консервативно с высокими рефракционными результатами. В 98% случаев послеоперационные показатели рефракции соответствовали расчетным параметрам. У пациентов с тонкой роговицей, которым, в силу данной причины, было отказано в проведении операции по методу LASIK, удавалось добиться допустимого уровня абляции. Среди пациентов с остаточной миопией (по данным рефрактометрии) отмечалась высокая острота зрения.

#### Выводы

Использование модифицированной методики Epi-Lasik позволяет сократить послеоперационные ос-