



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

№6 (81)
сентябрь
2011

МЫ ВЫБИРАЕМ ТОЛЬКО ТЕ МЕТОДЫ, В КОТОРЫХ УВЕРЕНЫ



Сергей Игоревич Горелов,
заведующий
отделением
урологии
Клинической
больницы №122

Диагностика и лечение рака мочевого пузыря остаются актуальной проблемой современной онкоурологии. По данным Всемирной организации здравоохранения, рак мочевого пузыря составляет около 3% от всех злокачественных образований, 70% опухолей мочевого тракта и занимает второе место среди причин смертности от всех злокачественных урогенитальных образований. Проблема заключается не только в том, что это очень распространенная патология. В 60% случаев опухоль рецидивирует либо в месте проведения операции, либо в другом отделе мочевого пузыря. Рассказывает заведующий отделением урологии Клинической больницы №122 профессор Сергей Игоревич Горелов.

– С чем связаны такие цифры – с особенностями опухолей мочевого пузыря?

– Этому несколько объяснений. Во-первых, биологическая особенность опухоли мочевого пузыря – ее агрессивность и огромный биологический потенциал. Мы имеем дело с множественным поражением слизистой мочевого пузыря, которое проходит в своем развитии различные стадии – от атипии и дисплазии до выраженного опухолевого процесса. Вторая причина связана с теорией имплантации опухолевых клеток. Раковые клетки, отделенные во время операции от основной опухоли, могут имплантироваться в поврежденные участки уротелия. Благоприятствующие факторы – повреждение слизистой оболочки вследствие операции и высокая биологическая агрессивность раковых клеток мочевого пузыря. Третья причина – не всегда во время проведения операции мы можем увидеть все измененные участки слизистой мочевого пузыря и, соответственно, их удалить. Поверхностный, интраэпителиальный рак, мелкие папиллярные образования «пропускаются» при эндоскопическом обследовании, что связано с ограниченной разрешающей способностью приборов.

Продолжение на стр. 2 ▶



ВЫСОКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ



Уникальное обследование желудочно-кишечного тракта с помощью капсульной эндоскопии в ФГУЗ «Клиническая больница №122 им. Л.Г. Соколова» теперь в два раза дешевле.

Капсульная эндоскопия – современный и безболезненный метод исследования тонкой кишки. Исследование проводится с помощью видеокапсулы – небольшого устройства чуть больше таблетки, позволяющего диагностировать заболевания тонкого кишечника, недоступные для традиционных методов гастро- и колоноскопии. Видеокапсула принимается внутрь и далее свободно продвигается по пищеварительному тракту, осуществляя непрерывную видеосъемку с частотой два кадра в секунду. Датчики на теле пациента передают изображения слизистой оболочки на монитор компьютера. Процедура удобна, безболезненна, не отрывает пациента от обычных дел, не причиняет никакого дискомфорта. Особенности новой технологии: легкость в применении (неинвазивная процедура); высокое качество изображений повышает качество диагностики; процедура не требует госпитализации.

Телефон 559-9851



Рак мочевого пузыря составляет 3% от всего числа злокачественных опухолей. Он развивается из слизистой пузыря и на медицинском языке называется карциномой мочевого пузыря.

Полной ясности о причинах возникновения рака мочевого пузыря пока нет. Ученым удалось выяснить, что ответственными за возникновение рака во многом являются гены и наследственная информация. Однако одной наследственности для возникновения рака мало.

Огромную роль в возникновении рака играют так называемые «факторы риска». К факторам риска возникновения рака мочевого пузыря относятся различные вредные вещества, применяемые в промышленности, например, ароматические амины, применяемые в текстильном, кожном и фармакологическом производстве.

Сигаретный дым ответственен за 50% всех случаев заболеваний как у мужчин, так и у женщин. Риск заболевания возрастает с ростом интенсивности и длительности курения. Считается, что раком мочевого пузыря в 4-5 раз чаще болеют мужчины старше 50 лет, чем женщины. Есть предположение, что это связано с возрастом и сопутствующими заболеваниями, затрудняющими отток мочи, например, с аденомой предстательной железы. Но это только предположение.

Развитие опухолей мочевого пузыря во многих случаях протекает бессимптомно, особенно в начальной стадии заболевания, что отдалает сроки обращения пациента за помощью. Первым признаком заболевания обычно является появление крови в моче.

Трудности лечения обусловлены многими факторами: поздним выявлением заболевания из-за недостаточной эффективности инструментальных методов обследования, частыми рецидивами и ранними осложнениями.

У 70% пациентов рак выявляется в начальных стадиях заболевания, когда опухоль еще не распространилась на мышечный слой пузыря. У 30% пациентов диагноз ставится на более поздних стадиях.

– В наше время развития техники и технологий – и нет способа визуализировать опухоль?

– Стандартные способы – ультразвуковая диагностика, магнитно-резонансная томография, эндоскопическое обследование в большинстве случаев указывают нам место нахождения опухоли и степень ее распространенности, но границы и мелкие образования, плоские поверхностные поражения слизистой, на долю которых приходится 20-30% новообразований, часто остаются за пределами наших возможностей. Так было, пока не появилась новая методика – фотодинамическая диагностика рака мочевого пузыря. Применять ее в мире стали еще в 90-х годах, для Европы – это стандарт. В наших стенах мы применяем методику в течение семи лет.

– В чем суть метода?

– Пациенту до операции вводится специальное вещество – фотосенсибилизатор. Его особенность в том, что оно избирательно накапливается только в опухолевых клетках, а при освещении определенным спектром синего света – приобретает ярко-красную окраску. Таким образом, между патологически измененной и нормальной слизистой оболочкой мочевого пузыря возникает хорошо видимый цветовой контраст «красный-синий», который не наблюдается при осмотре в белом свете. На этом основании мы «ювелирно» убираем всю опухоль в пределах здоровых тканей, видим опухоли, которые не визуализировались обычными методами, а также опухоли внутри слизистой. Все это позволяет добиться большей эффективности операции. Кстати, эта методика применима и в случае рака шейки матки и влагалища. Воздействуя только на одну из причин частого рецидивирования рака мочевого пузыря путем фотодинамической диагностики, мы снижаем процент послеоперационных рецидивов на 20-25%. Для онкологии это много.

– Но ведь есть еще и первая, и вторая причины, которые могут повлиять на исход даже хорошо проведенной операции...

– Разработками в этом направлении нам еще предстоит заниматься, но и то, что есть, для нас уже много. Медицина не стоит на месте: раньше в случае подозрения на рак проводили открытую операцию и удаляли часть или весь мочевой пузырь, сейчас в большинстве случаев проводится эндоскопическое удаление опухоли. Но даже используя все возможности традиционной эндоскопической техники, магнитно-резонансной томографии, УЗИ, мы удаляем лишь видимые патологические участки. Если после такой операции, которая сделана качественно и хорошо, использовать фотодинамическую диагностику, то у части больных мы увидим маленькие светящиеся участки либо в другом месте, труднодоступном для обычной диагностики, либо в том, где проводилась операция, либо даже в области рубца. Это намного эффективнее.

– А всегда ли эта методика показывает именно раковые клетки, а не, предположим, воспалительный процесс?

– Это во многом зависит от того, какой фотосенсибилизатор мы используем. Изучению этих препаратов посвящена наша научно-исследовательская работа, которую нам поручило Федеральное медико-биологическое агентство.

В течение последних двух лет мы проводим исследования, какой из разрешенных к применению препаратов обладает большей чувствительностью и специфичностью. Работа закончится в 2011 году, но результаты уже есть – для наших пациентов мы выбираем только те препараты, в которых уверены. Что касается эффективности фотодинамической диагностики, то на основании многолетнего опыта могу сказать, что в 96,7-98% случаев методика покажет раковые или патологически измененные клетки. Специфичность же метода – когда удаленные и отправленные на гистологическое исследование клетки окажутся раковыми, составляет 76-78%.

– Противопоказания для проведения фотодинамической диагностики есть?

– Считается, что есть такое осложнение, как фототоксичность. После однократного введения препарата определенное количество времени не рекомендуется попадать под прямое солнечное излучение, смотреть телевизор. Но современные фотосенсибилизаторы обладают очень низкой токсичностью и быстро выводятся из организма.

– Стоимость операции намного увеличивается при использовании данной методики?

– Операция становится дороже на стоимость самого фотосенсибилизатора, что в рамках сегодняшнего времени доступно, практически, каждому, если речь идет о раке. У нас сотни пролеченных пациентов, практически, всем мы проводим операции под контролем фотодинамической диагностики. Получаем низкий процент осложнений и рецидивов.

– Фотодинамическая диагностика используется непосредственно перед операцией или может применяться и во время ее выполнения?

– Здесь мы имеем дело с технологией (ее называют флюоресцентная цистоскопия), которая помогает нам и во время операции – мы видим, что удаляем, а также после операции проверяем, все ли удалено. Наблюдаем больного и спустя определенный срок – ищем возможные новые очаги поражения. Все это касается фотодинамической диагностики. Но наша мечта – создать такой источник света, который не только показывал бы нам измененные участки слизистой мочевого пузыря, но и при освещении светом определенной длины волны вызывал химические реакции во флюоресцирующих участках и гибель опухолевых клеток. Это был бы совершенно новый и очень эффективный способ борьбы с раком мочевого пузыря без разрезов и операций.

– Но такого оборудования еще ни у кого нет...

– Мы ведем разработку в этом направлении и существенно продвинулись в наших научных изысканиях. Уже есть лазер, который мы можем использовать для фотодинамической терапии, и, я думаю, с 2011 года мы начнем с ним работать. Суть метода состоит в том, что мы вводим фотосенсибилизатор, освещаем весь мочевой пузырь, и в клетках, которые его накопили, под воздействием света начинается химическая реакция с выработкой огромного количества активного кислорода. Раковые клетки погибают, а здоровые ткани не подвергаются никакому воздействию. Это технология будущего.

– В клиниках города фотодинамическая диагностика применяется?

– Оборудование для проведения фотодинамической диагностики есть в нескольких клиниках города, но широкое применение методика находит, в основном, только у нас. С этим связан и тот факт, что по опыту проведения подобных операций у нас нет конкурентов. Проблемой фотодинамической диагностики как врач я занимаюсь с 1998 года, научные исследования метода легли в основу моей докторской диссертации, по этой же теме защищена еще одна докторская и кандидатская диссертации, еще одна готовится к защите. Вопрос достаточно изучен, статистика и данные по эффективности есть. Теперь нам предстоит работа по освоению фотодинамического метода не только в диагностике, но и в лечении рака мочевого пузыря.

Контактный телефон 558-9232

ТЕХНОЛОГИЯ РАДИОВОЛНОВОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

ПРИ ПАПИЛЛОМАХ, КОНДИЛОМАХ, ДЕРМАТОФИБРОМАХ, БОРОДАВКАХ
И ПРОЧИХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ КОЖИ.

- Эффективный и безопасный метод
- Не оставляет шрамов и следов
- Максимально короткие сроки реабилитации (4-5 дней)
- Отсутствие послеоперационных осложнений.
- После удаления образования проводится гистологическое исследование.

558-9303

ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР с отделением химиотерапии

- Системная противоопухолевая терапия с использованием всех новейших высокотехнологичных методов лечения (цитостатики, препараты таргетной и биотерапии).
- Суточное введение препаратов с помощью инфузоматов, внутривенные и интрагуморальные введения.
- Консультации онколога и психолога.

558-9640

ЦЕНТР ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ
КБ N122



Индивидуальные
программы коррекции
болевого синдрома
932-8856

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». 199178, Санкт-Петербург, В.О., 17-я линия, д. 60, литера А, помещение 4Н. Заказ: ТД-5068/1. 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. Рекламуемые товары и услуги лицензированы и сертифицированы. Лицензия КБ №122 им. Л.Г. Соколова №ФС-99-01-005383 от 29.05.2008.