

11. Hildebolt C.F. Osteoporosis and oral bone loss// Dentomaxillo-fac-Radiol. – 1997. – Vol.26, №1. – P.3-15.
12. Kribbs R. J. Comparison of mandibular bone in normal and osteoporotic women// J. Pros. Dent. – 1990. – Vol.3. – P.218 – 223.
13. Mohammad A.R., Jones J.D., Brunsvold M.A. Osteoporosis and periodontal disease: a review // J. Califor. Dental Assoc. – 1994. – Vol.22, №3. – P. 69-75.
14. Tezal M, Wactawski-Wende J., Gross! S.G., Ho A.W., Dunford R., Genco R.J. The relationships between bone mineral density and periodontitis in postmenopausal women// J. Periodontol. – 2000. – Vol.71. – P.1492 – 1498.
15. Van Wovern, Klausen B., Kollerup. Osteoporosis: A Risk Factor in Periodontal Disease // J. of Periodont. – 1994. – Vol.65. – P.1134 – 1138.

SUMMARY

INDEX ESTIMATION OF THE STATE OF PARADONTIUM AT PATIENTS WITH AMBUSTIAL ILLNESS Boucanuk S.I.

In the article "Index estimation of the state of paradontium at patients with ambustial illness" the state of paradontium is considered on the results of index estimation depending on age of patient and period of ambustial illness. Some aspects of pathogeny of diseases of paradontium are represented: role of local factors and structurally-functional violations of bone fabric to the skeleton in development of generalisation parodontitis. Set dependence of structure of alveolar bone on the functional state of the bone system, that strengthens weight of motion of diseases of paradontium.

Key words: ambustial illness, surgery burn, gingivitis, parodontium, parodontitis, parodontosis

УДК: 616.62-006-089

ЛІКУВАННЯ ПОВЕРХНЕВОГО РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

Думанський Ю.В., Костюк О.Г., Кавка М.П.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк; Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер, м. Вінниця

РЕЗЮМЕ: у статті наведено дані щодо нового способу лікування поверхневого раку сечового міхура. Пропонується введення протипухлинних препаратів на дві години у "сухий" сечовий міхур, з попереднім виключенням доступу сечі у сечовий міхур. Застосування даної методики у 10 хворих із поверхневим раком сечового міхура підтвердило її перспективність при лікуванні даної категорії хворих.

Ключові слова: поверхневий рак сечового міхура, внутрішньоміхурова хіміотерапія

Вступ. За даними вітчизняних та зарубіжних авторів, які вивчають проблему лікування поверхневого раку сечового міхура (ПРСМ), на останній припадає 70-80% всіх виявлених випадків злоякісних пухлин сечового міхура (СМ) [2, 4, 7, 8].

Основним методом лікування ПРСМ, як показав аналіз даних літератури, у країнах СНД і за кордоном є трансуретральна резекція (ТУР) СМ з наступною хіміо- та імунотерапією [9, 10, 13, 15]. Слід звернути увагу ще на один аспект даної проблеми – високий відсоток рецидиву пухлин СМ після такого оперативного втручання. Так, за даними Nagu W. Hegg et al. [12], із 215 пацієнтів з ПРСМ після ТУР у 67% хворих мали випадки рецидиву захворювання. Майже аналогічні результати досліджень приводять багато інших дослідників [1, 3, 5, 6, 14].

Проте, незважаючи на проведені профілактичне внутрішньоміхурове введення хіміопрепаратів, після ТУР частка рецидивів також висока і складає 36-44%, деякі дослідники наводять ще більший відсоток рецидивів – 50-80% [14]. Із джерел літератури з даної проблеми відомо, що ряд вчених намагалися знайти оптимальні терміни проведення внутрішньоміхурових інстиляцій, дехто вводили лікарські речовини, намагаючись якомога довше зберегти їх концентрацію у порожнині СМ, інші

вчені комбінували препарати при введенні у порожнину сечового міхура, а також вивчали можливість підвищення абсорбції ліків слизовою оболонкою СМ. Необхідно врахувати і те, що після одноразового введення хіміопрепарата одинокі пухлини рецидивують у 35,8% випадках, множинні – у 65,2% випадках [17]. Враховуючи це, ряд урологів рекомендують хворим з множинними пухлинами СМ продовжувати курс інстиляції протипухлинного препарату до восьми тижнів. Хоча тривалість лікування на сьогоднішній день є предметом обговорення, але продовження хіміотерапії більше шести місяців не є доречним [16].

Крім того, основна увага, як видно з джерел літератури, звернута на необхідність зберегти концентрацію введенного в порожнину СМ протипухлинного препарату. Деякі із науковців рекомендують з метою зменшення виділення сечі застосовувати голодування, яке за їхніми даними, запобігає розведенню препарату до 20% [11]. Інші автори рекомендують вживати per os 0,2 мг десмопресина за 6 годин до інстиляції. Десмопресин затримує розведення хіміопрепарату до 38%. Однак побічні дії цього препарату обмежують його застосування при серцевій недостатності та при гіпонатріємії [11]. Слід зауважити, що концентрація лікувальної протипу-

хлинної речовини у порожнині СМ із кожною хвилюю зменшується, оскільки препарат розріджується сечою, що притікає у сечовий міхур із сечоводів.

Мета дослідження. Для збереження сталої концентрації хіміопрепарату в порожнині сечового міхура та його максимального ефекту нами запропонований новий спосіб лікування ПРСМ.

Матеріали і методи дослідження. Спосіб лікування ПРСМ проведено за двома варіантами: на відкритому сечовому міхурі та на закритому "цілісному" сечовому міхурі.

Варіант 1. Після етапу „відкритої” резекції пухлини сечового міхура виконують катетеризацію правого і лівого сечоводів катетерами №6 на висоту 25-30 см (рівень ниркових мисок). Катетери виводять через операційну рану назовні і залишають для евакуації сечі із нирок упродовж двох годин, чим забезпечується стан “сухого” сечового міхура. Через дренажну надлобкову трубку чи сечівниковий катетер в сечовий міхур вводять протипухлинний препарат, розчинений в 100 мл ізотонічного розчину хлориду натрія. Після експозиції хіміотерапевтичного препарату протягом двох годин в сечовому міхурі розчин евакуують із нього і видаляють катетери із сечоводів.

Варіант 2. Після закінчення етапу трансуретральної резекції пухлини сечового міхура проводять катетеризацію правого і лівого сечоводів катетерами № 6 до рівня ниркових мисок, а катетери залишають для відведення сечі з нирок. Резектоскоп видаляють. Після цього в сечовий міхур через сечівник вводять катетер Фолі №18 (20) і хворого переводять в палату. Якщо немає ознак кровотечі, вводять через катетер внутрішньоміхурово визначену концентрацію хіміопрепарату, розчиненого в 100 мл ізотонічного розчину хлориду натрію на дві години. Після експозиції хіміотерапевтичного препарату в сечовому міхурі, розчин евакуують із нього. Видаляють катетери із сечоводів.

Результати дослідження та їх обговорення. У клінічних умовах дана методика проведення внутрішньоміхурової хіміотерапії пухлин у пацієнтів на ПРСМ була застосована у 3 хворих після відкритого хірургічного втручання і у 7 хворих після ТУР.

Приклад: *Хворий Д. віком 65 років поступив в урологічне відділення Вінницького онкодиспансеру з діагнозом: рак сечового міхура T1 N0 M0.* Після обробки операційного поля, нижньосереднім розтинном передньої стінки живота пошарово виконаний підхід до верхівки сечового міхура, яку між двома лігатурами розсікали. Після евакуації сечі та ретельної ревізії стінок сечового міхура, виконали резекцію стінки сечового міхура (на всю товщину) разом з пухлиною, відступивши від края

пухлини на 2-2,5см. Відновлення цілісності сечового міхура виконували дворядним швом. Після цього в обидва сечоводи ввели хлорвінілові сечовідні катетери відповідно до діаметра просвіту сечоводу на глибину 25-30 см. Через сечівник у сечовий міхур введено катетер Фолі № 18. З метою створення повної герметизації сечового міхура балон катетера роздували до 10 см³. Передню стінку сечового міхура в місці її розсічення зашили звичайним дворядним швом. Дистальні кінці сечовідних катетерів, разом із надлобковим дренажем, виведено через операційну рану назовні. В сечовий міхур через катетер Фолі ввели 100 мл 0,05% адриобластина (50 мг). Сечівниковий і надлобковий катетери перекрили накладанням затискачів. Через дві години затискачі зняли і хіміотерапевтичний розчин евакуювали, після чого видалили катетери з обох сечоводів.

Враховуючи, що концентрація хіміопрепарату не змінювалась протягом двох годин (тобто хіміотерапевтична дія препарату відбувається постійно упродовж усього часу), ми скоротили введення адриобластину в сечовий міхур до двох разів.

Хворий В. віком 68 років поступив в урологічне відділення Вінницького онкодиспансеру з діагнозом: рак сечового міхура T1 N0 M0. В сечовий міхур введено резектоскоп фірми Karl Storz №26 за Шарьетом з проточно-відтічною системою. Після ретельного огляду слизової оболонки сечового міхура виконана резекція пухлини. Пухлина видалена до середини м'язового шару з наступною коагуляцією судин, що кровоточать, та слизової оболонки по периметру 2 см від края пухлини. Потім проведено катетеризацію правого та лівого сечоводів катетерами №6 за шкалою Шарьєра. Видалено резектоскоп. У сечовий міхур через сечівник введено катетер Фолі № 18, балон якого роздувається до 10 см³. По ньому введено 100 мл 0,05% розчину адриобластину (50 мг). Катетер закрили затискачем, через дві години зняли затискач із катетера Фолі та видалили катетери із сечоводів.

Проведені упродовж року цистоскопічні обстеження сечового міхура, цитологічні дослідження сечі на атипів клітини, ультразвукові дослідження у всіх хворих показали відсутність рецидиву пухлини.

Висновки.

1. Запропонований спосіб лікування ПРСМ дає можливість зберегти сталу концентрацію протипухлинного препарату у порожнині СМ з різною його експозицією.

2. Застосування способу у клінічних умовах дає можливість уникнути рецидиву пухлини у ранньому післяопераційному періоді до одного року.

ЛІТЕРАТУРА

1. Возіанов О.Ф., Романенко А.Н., Клименко І.О. Онкологія сьогодні: досягнення, проблеми, перспективи // Онкологія. – 2006. – Т.8, №2 – С. 152-158.

2. Енгальчев Ф.Ш., Русаков И.Г., Кавайкин А.Г., Быстров А.А. Выбор метода хирургического лечения поверхностного рака мочевого пузыря // Российский онкологический журнал. – 2006. – №1. – С. 35-37.
3. Красный С.А., Поляков С.Л., Суkenko О.Г., Ролевич А.И., Мохорт А.А. Внутрипузырная химио- и иммунотерапия поверхностного рака мочевого пузыря // Медицинские новости. – 2003. – №2. – С. 12-18.
4. Лоран О.Б., Медведев В.А., Будник Н.В. Определение критериев эффективности адьювантной иммунотерапии поверхностного рака мочевого пузыря // Урология. – 2005. – №1. – С. 3-4.
5. Мартов А.Г., Гущин Б.А., Гнатюк А.П., Ерчаков Д.В., Серебряный С.А., Карагужин С.Г. Ранняя повторная цистоскопия и биопсия в диагностике и лечении поверхностного рака мочевого пузыря // Урология. – 2004. – №3. – С. 54-58.
6. Матвеев Б.П., Фигурин К.М., Карякин О.Б. Рак мочевого пузыря. – М.: Вердана, 2001. – 243 с.
7. Старцев В. Ю., Горелов С.И., Пулин И.Л., Меркурьева Р. Д., Огава И. Результаты лечения поверхностного рака мочевого пузыря у больных из различных групп риска // Вопросы онкологии. – 2006. – Т. 52, №2 – С. 187–189.
8. Чиссов В.И. Старинский В.В. Злокачественные новообразования в России в 2000 году. – М. – 2002. – С. 22-55.
9. Юрченко А.Н., Корякин О.Б. Лечение и профилактика рецидивов поверхностного рака мочевого пузыря // Российский онкологический журнал. – 2006. – №4. – С. 50-54.
10. Brake M., Loertzer H., Horsch R., Keller H. Recurrence and progression of stage T₁, grade 3 transitional cell carcinoma of the bladder following intravesical immunotherapy with bacillus Calmette–Guerin // Urol. – 2000. – Vol.163. – P.1607-1701.
11. Cliff AM, Heatherwick B, Scoble J, Parr NJ. The effect of fasting or desmopressin before treatment on the concentration of mitomycin C during intravesical administration // BJU Int. – 2000. – Vol.86. – P.644-647.
12. Harry W. Herr, S. Machele Donat and Victor E. Reuter Management of Low Grade Papillary Bladder Tumors // The Journal of Urology. – 2007. – Vol. 178. – P. 1201-1205.
13. Iakse G., Algaba F., Malmstrom P.U., Oosterlinck W. A second-look TUR in T1 transitional cell carcinoma: Why? // Europ. Urol. – 2004. – Vol.45. – P.539-546
14. Kurth KH, Bouffloux C, Sylvester R, van der Meijden AP, Oosterlinck W, Brausi M The EORTC Genitourinary Group. Treatment of superficial bladder tumors: achievements and needs // Eur Urol. – 2000. – Vol. 37. – P. 1-9.
15. Langenstroer P., See W. The role of a second transurethral resection for high-grade bladder cancer // Curr. Urol. Rep. – 2000. – Vol.1. – P.204-207.
16. Nomata K, Noguchi M, Kanetake H, et al. Intravesical adjuvant chemotherapy for superficial transitional cell bladder carcinoma: results of a randomized trial with epirubicin comparing short-term versus long-term maintenance treatment // Cancer Chemother Pharmacol. – 2002. – Vol.50. – P. 266-270.
17. Sylvester RJ, Oosterlinck W, van der Meijden AP. A single immediate postoperative instillation of chemotherapy decreases the risk of recurrence in patients with stage Ta T1 bladder cancer: a meta-analysis of published results of randomized clinical trials // J Urol. – 2004. – Vol. 171. – P. 2186-2190.

SUMMARY.

THE TREATMENT OF A SUPERFICIAL CANCER OF URINARY BLADDER

Dumansky U.V., Kostyuk A.G., Kavka N.P.

The resume. In article data about a new way of treatment of a superficial cancer of a bladder are cited. Introduction of antineoplastic preparations in a "dry" bladder with the subsequent deenergizing access of urine in a bladder is offered. Term of a finding of a preparation in a cavity of a bladder makes 2 hours, if necessary it can be changed. Application of a way for 10 patients with a superficial cancer of a bladder has shown prospect of its use for treatment of the given pathology.

Key words: a superficial cancer of a bladder, intravesicular chemotherapy

УДК: 616.34-007.271-022.38

ВИПАДОК СИНДРОМУ БУВЕРЕ В УМОВАХ ХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ.

Книгиницький В.Ф., Недбала В.В., Коцар С.М., Ганкоці К.К., Дяк В.М.

Хірургічне відділення військового госпіталю, м. Мукачево

РЕЗЮМЕ: описано випадок успішного лікування пацієнтки віком 67 років із синдромом Бувере у вигляді високої тонкокишкової непрохідності, причиною якої були жовчні конкременти тонкої кишки. Перебіг хвороби та труднощі діагностики на тлі жовчно-кам'яної хвороби не сприяли встановленню етіологічного діагнозу до операції, оскільки в клінічній картині здебільшого переважав псевдонеопластичний синдром. Інтраопераційне виявлення двох конкрементів тонкої кишки, один з яких великих розмірів, дозволило успішно виконати перший етап оперативного лікування. Післяопераційний перебіг не мав ознак важкості. Лікувальна тактика привела до покращення стану хворої.

Ключові слова: синдром Бувере, конкременти тонкого кишківника, кишкова непрохідність

Вступ. Кишківник, зазвичай, містить дрібні конкременти або більш щільні частини в складі хілусу невеликих розмірів, які в більшості випадків мають схильність до самостійного безсимптомного відходження. Відомо чимало випадків, коли

причиною кишкової непрохідності (КН) служать конкременти тонкого та товстого відділів кишківника. Проте кожен випадок має свої особливості, а клінічний перебіг найчастіше виявляється закономірно атиповим [1, 2]. Висока обтураційна кишко-