

тии инфицированного панкреонекроза летальность варьирует от 40 до 70%. В исследуемых группах от панкреатогенного сепсиса погибло 7 пациентов. Еще 3 пациента умерли в отдаленный послеоперационный период от тромбоэмболии легочной артерии, острого инфаркта миокарда, острой сердечно-сосудистой недостаточности.

### Заключение

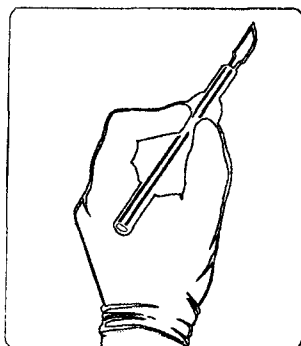
Острый деструктивный панкреатит остается актуальной проблемой urgentной хирургии и интенсивной терапии. Панкреонекроз является одним из тяжелых, труднопрогнозируемых заболеваний, однако комплексная консервативная терапия и выбор оптимального срока и вида оперативного вмешательства позволяют добиться более благоприятных результатов.

На сегодняшний день наиболее часто избираемыми вариантами дренирующих операций при ОДП

являются открытый и полуоткрытый методы. При использовании активной хирургической тактики и комплексной интенсивной терапии в условиях ОРИТ можно получить хорошие результаты выздоровления, которые, по данным нашей больницы, в исследованной группе из 100 больных с ОДП достигнуты в 72% случаев.

### Л и т е р а т у р а

1. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р. и др. // *Consilium Medicum*. 2000. Т.2, №9.
2. Филин В.И., Костюченко А.Л. Неотложная панкреатология. СПб.: Питер, 1994. 410 с.
3. Мат-лы IX Всероссийского съезда хирургов // *Consilium Medicum*. 2001. Т.3. №6.
4. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р. и др. // *Consilium Medicum*. 2000. Т.2, №7.
5. Охлобыстин А.В., Ивашкин В.Т. // *Consilium Medicum*. 2000. Т.2, №7.



УДК [617.718.1 + 617.717.1] – 006.6 – 089

Г.А. Пальшин, В.Г. Пальшин

## ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ НАПРАВЛЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ В ЯКУТИИ

*Медицинский институт Якутского госуниверситета им. М.К. Аммосова,  
г. Якутск*

Злокачественные новообразования костей скелета в Республике Саха (Якутия) составляют от 2,2 до 2,9 на 100 тыс. населения [1]. С 1999 г. в Республике внедрен органосохраняющий метод оперативного лечения злокачественных опухолей костей в системе комплексной терапии [3, 5], а до этого времени общепризнанным методом хирургического лечения был ампутиационный.

Целью нашего исследования являлось изучение результатов органосохраняющих оперативных вмешательств, проведенных у больных со злокачественными поражениями костей, лечившихся в отделениях травматологии и ортопедии г. Якутска за период с 1999 по 2001 г.

### Материал и методы

По поводу злокачественных опухолей костей скелета лечилось 11 больных, из них 4 мужчины и 7 женщин. Возраст больных составлял от 10 до 62 лет, в среднем 34 года. До обнаружения опухоли лечились по поводу болевого синдрома и получали физиолечение 10 больных.

Всем больным произведена открытая биопсия патологического очага. Диагноз злокачественного новообразования был подтвержден гистологи-

ческими и цитологическими исследованиями биоптата до операции. Для уточнения локализации и распространенности патологического процесса больным до операции проведены магнитно-резонансная томография пораженного сегмента и радиоизотопная скintiграфия.

Мягкотканый компонент опухоли выявлен в 9 случаях. У больных с опухолями, “чувствительными” к химиолучевой терапии, проводили лечение по принципам неoadьювантной химиотерапии с учетом степени патоморфоза удаленной опухоли.

Во время операции всем больным произведено цитологическое экспресс-исследование содержимого костно-мозгового канала оставленного конца резецированной кости, что позволило у 2 больных обнаружить наличие опухолевых клеток и в абластичных условиях провести большую резекцию.

Эндопротезы для больных изготовлены индивидуально в ГЭП ЦИТО, ОАО “ЭСИ” и “Безноска”, а забор аутооттрансплантатов из малоберцовой кости производился во время операции.

По нозологической картине на остеогенную саркому (ОС) и злокачественную гигантоклеточную опухоль (ЗГО) приходилось по 3 случая, на злокачественную фиброзную гистиоцитому (ЗФГ)

— 2, на ретикулосаркому (РС), плазмоцитому (ПЦ) и метастаз рака молочной железы (МР) — по 1 случаю.

По локализации злокачественное новообразование бедренной кости диагностировано у 5 больных, плечевой кости — у 4, грудного отдела позвоночника — у 1 и дистального метафиза лучевой кости — у 1.

Всем больным произведены абластичные резекции суставных концов единым блоком с мягкотканым компонентом и с опухолью. Образовавшиеся дефекты замещены в 8 случаях эндопротезами, а в 3 — проксимальным концом малоберцовой кости. У всех больных фиксация эндопротезов производилась с использованием костного цемента "Palacos R".

Эндопротезирование коленного сустава эндопротезами Сиваша-Зацепина с дистальным концом бедренной кости произведено 3 больным (по поводу ЗФГ, ЗГО, ОС), эндопротезирование коленного сустава с проксимальным концом большеберцовой кости эндопротезом "Безноска" — 1 больной (оперирована в ОНЦ РАМН по поводу ЗФГ).

По поводу метастаза рака молочной железы больной произведено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава с проксимальным концом бедренной кости (на этот эндопротез Г.А. Пальшнинным в составе авторского коллектива ЦИТО и ЭСИ получен патент РФ).

Замещение проксимального конца плечевой кости произведено больному с ЗГО эндопротезом Зацепина-Бурдыгина-Шишкиной из оргстекла на удлиненной ножке.

Больной с плазмоцитомой произведена резекция дистального конца плечевой кости с локтевым суставом, а дефект замещен эндопротезом локтевого сустава Сиваша со вставкой из оргстекла.

По поводу остеогенной саркомы одному больному произведена пластика 2/3 резецированного сегмента проксимального конца плечевой кости свободным ауто трансплантатом из малоберцовой кости. Еще одной больной с остеогенной саркомой, направленной нами на специализированное лечение в 62-ю онкологическую больницу г. Москвы, произведена резекция проксимальной половины плечевой кости с замещением дефекта васкуляризированным ауто трансплантатом из малоберцовой кости.

Больной со злокачественной остеобластокластомой дистального метафиза лучевой кости произведена свободная аутопластика проксимальной частью малоберцовой кости с применением суставной поверхности головки для сочленения в локтевом суставе.

В послеоперационном периоде все больные получали антибактериальную терапию, переливание препаратов крови, антиагрегантную, десенсибилизирующую и симптоматическую терапию, по показаниям — химиолучевую терапию. Послеоперационных осложнений в виде нагноений послеоперационных ран, отторжений эндопротезов и аллергических реакций не наблюдалось.

Срок наблюдения за больными составил от 6 мес. до 2,5 лет.

## Результаты и обсуждение

Несмотря на проведение ПХТ, рецидив с метастазом в паховые лимфоузлы выявлен у больной с ЗФГ голени через 6 мес. после операции. Ей произведена высокая ампутация бедра единым блоком с паховой лимфаденэктомией. ПХТ продолжается.

У больной с остеогенной саркомой плеча, которой произведена аутопластика васкуляризированной малоберцовой костью, через 1,5 года выявлены метастазы в легкие. Признаков рецидива нет. Функция конечности в локтевом, лучезапястном суставах и суставах пальцев кисти в полном объеме. ПХТ продолжается.

У больного с остеогенной саркомой через 8 мес. после операции развился лизис проксимальной части свободного ауто трансплантата малоберцовой кости, однако функция конечности в локтевом, лучезапястном и суставах кисти была в полном объеме. По настоянию матери больному в г. Томске произведена резекция ауто трансплантата с замещением дефекта металлическим эндопротезом плечевой кости и созданием артродеза между эндопротезом и лопаткой, однако через 4 мес. у мальчика развилась нестабильность в месте сочленения эндопротеза с лопаткой, и он был направлен в г. Томск для проведения аутопластики васкуляризированной малоберцовой костью.

У остальных больных результаты операций хорошие, они активно пользуются оперированными конечностями. Признаков рецидива и метастазов нет. Наблюдение за пациентами продолжается.

## Примеры из практики

*Больная Б., 1935 г. рожд., оперирована в 1999 г. по поводу ЗФГ дистального метафиза правой бедренной кости с патологическим переломом (рис. 1). После 2 курсов ПХТ ей произведена резекция бедренной кости с заменой дефекта эндопротезом Сиваша-Зацепина коленного сустава с бедренным компонентом длиной 20 см (рис. 2). В послеоперационном периоде проведено 6 курсов ПХТ. Через 2 г. 4 мес. признаков ре-*



Рис. 1. Результаты рентгенографического обследования больной Б. до операции. Очаг деструкции в метадиафизарном отделе с мягкотканым компонентом. Патологический перелом



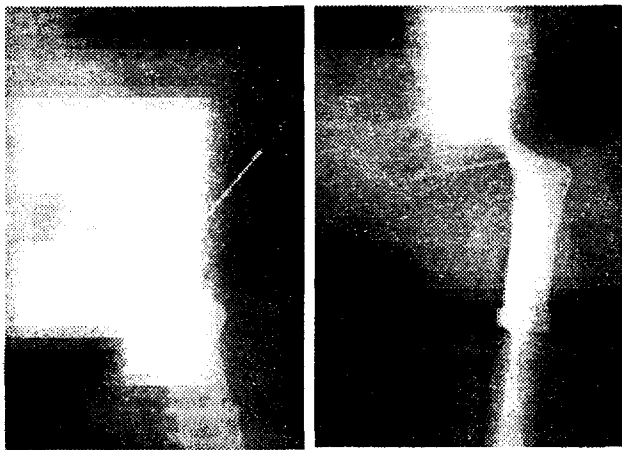


Рис. 4. Рентгенограммы больной Д., 45 лет.

До операции: очаг литической деструкции, состояние после остеосинтеза по поводу патологического перелома шейки бедренной кости. После операции: проксимальная треть бедренной кости замещена онкологическим эндопротезом "ЭСИ"

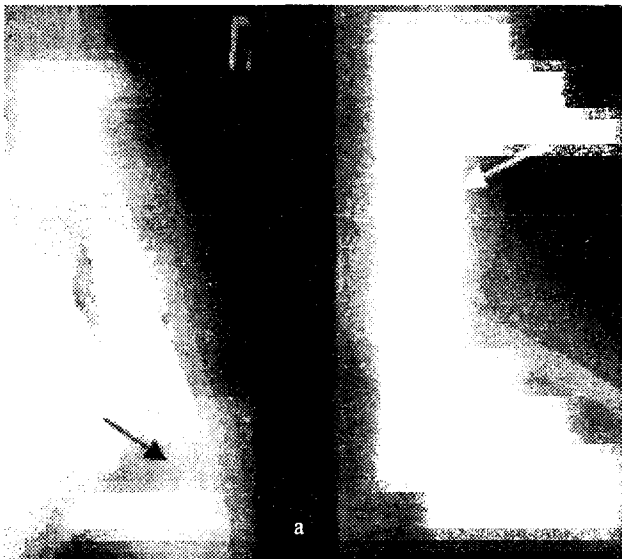


Рис. 5. Рентгенограммы больной Т., 50 лет.

а) очаг литической деструкции дистального метафиза плечевой кости (до операции);  
б) дистальная треть плечевой кости замещена эндопротезом Сиваша-Зацепина со вставкой из оргстекла

цовой кости в точности соответствует дистальному концу здоровой лучевой кости. Функциональный результат через 1 год хороший, с полным восстановлением

функции конечности. Однако больная получила травму, в результате произошел перелом аутотрансплантата со смещением. Ей произведена открытая репозиция с остеосинтезом пластиной, во время которого выявлена кровоточивость сломанного фрагмента, что свидетельствует о перестройке аутотрансплантата. Наблюдение продолжается.

У больной Д., 45 лет, (рис. 4), спустя 4 года после мастэктомии и ПХТ по поводу рака молочной железы произошло метастатическое разрушение проксимального конца бедренной кости. Больная доставлена на носилках. Несмотря на наличие метастазов в области крыла подвздошной кости на противоположной стороне и 7 ребра, летом 2001 г. ей произведена резекция проксимального конца бедренной кости с замещением дефекта онкологическим эндопротезом "ЭСИ" (на этот эндопротез Г.А. Ладыниным в составе авторского коллектива ЦИТО и ЭСИ получен патент РФ). Больной проведено два курса ПХТ и лучевая терапия. Через 6 мес. больная ходит без средств опоры. ПХТ продолжается.

В 2001 г. больной С., 12 лет, по поводу остеогенной саркомы дистального конца бедренной кости с мягкотканым компонентом после 2 курсов ПХТ произведена резекция дистальной трети бедренной кости с замещением дефекта онкологическим эндопротезом "Безноска". При морфологическом исследовании макропрепарата выявлена II ст. патоморфоза опухоли. В послеоперационном периоде больной проведено 6 курсов ПХТ. Больная уехала домой без средств опоры. Наблюдение продолжается.

Больная Т., 50 лет (рис. 5), летом 2001 г. оперирована по поводу патологического перелома дистального конца плечевой кости на почве плазмоцитомы. После 2 курсов предоперационной ПХТ ей произведена абластичная резекция дистальной трети плечевой кости с замещением дефекта эндопротезом Сиваша-Зацепина со вставкой из оргстекла. В послеоперационном периоде больная получила 6 курсов ПХТ. При осмотре через 1 год признаков рецидива и метастазов нет. Имеется сгибательная контрактура в локтевом суставе под углом 130°, однако больная активно пользуется конечностью.

### Заключение

Органосохраняющее направление в системе комбинированной терапии злокачественных новообразований костей скелета позволяет не только радикально удалить опухоль, сохранить жизнь больному, но и существенно улучшить качество жизни после операции, по возможности восстановить его трудоспособность и избежать психологического стресса, связанного с ампутацией конечности и тяжелой инвалидностью. Методом выбора лечения таких больных, дающим хорошие результаты, наряду с эндопротезированием, является замещение резецированного участка костным аутотрансплантатом на питающей ножке, для чего необходимо применение микрохирургической техники.

### Л и т е р а т у р а

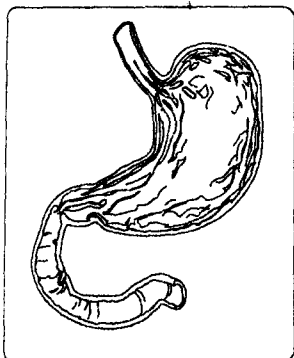
- Егоров И.Я. Основные показатели по сети, кадрам, деятельности учреждений здравоохранения Республики Саха (Якутия) за 1996-2000 гг. (статистические материалы). Якутск, 2001. 272 с.
- Махсон Н.Е., Махсон А.Н. Адекватная хирургия при опухолях плечевого и тазового пояса. М., 1998. 165 с.

3. Пальшин Г.А., Комиссаров А.Н., Солодовников П.Н. и др. // Акт. пробл. экстр. мед. помощи. Якутск, 2001. Т.2. С.99-100.

4. Трапезников Н.Н., Соловьев Ю.Н., Синюков П.А. и др. // I съезд онкологов стран СНГ. М., 1996. Ч.2. С.415.

5. Palchin G. // 9th Int. Symp. Japan-Russia Med. Exchange. Kanazawa, 2001. P.115.

6. Sugarbaker P.H., Malawer M.M. Musculoskeletal Surgery for cancer: Principles and Techniques. New York, 1992. 439 p.



УДК 616.33 — 002.4

Е.А. Николаев

## НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ С ТОТАЛЬНЫМ НЕКРОЗОМ И САМОАМПУТАЦИЕЙ ЖЕЛУДКА

Центральная районная больница, г. Николаевск-на-Амуре

Общеизвестно, что кровоснабжение желудка (как магистральное, так и внутриорганное) столь хорошо развиты, что ишемическая гангрена желудка считается практически невозможной. В медицинской литературе об этом нет упоминаний, однако приводимый нами казуистический случай заставляет усомниться в этой аксиоме.

Больной К., 66 лет, поступил в терапевтическое отделение ЦРБ в плановом порядке для обследования и исключения онкозаболевания в удовлетворительном состоянии 09.02.2002 г. с диагнозом "Общий атеросклероз аорты и ее ветвей, головного мозга, сердца; хронический бронхит, обострение; ДН 2 ст."

Больной относится к социально низким слоям, продуктовых передач не получал, находился в общей палате, питался больничной пищей, круглосуточно наблюдался персоналом и соседями по палате, токсических жидкостей не употреблял.

12.02.2002 г. в связи с появлением резких болей в животе на консультации был приглашен хирург. При осмотре выявлена типичная картина разлитого перитонита, на обзорной рентгенограмме брюшной полости обнаружена узкая полоска свободного газа, по УЗИ — небольшое количество жидкости в левом боковом кармане.

Больной переведен в хирургическое отделение с диагнозом "Перфоративная язва желудка (?), острый мезентериальный тромбоз с некрозом и перфорацией кишки (?); разлитой перитонит, токсическая фаза; ХИБС, системный атеросклероз; энцефалопатия 1-2 ст.". Установлены показания к операции по перитониту.

Операция 12.02.2002 г. в 16 ч 30 мин. Произведена верхнесрединная лапаротомия и, к удивлению операционной бригады, обнаружена тотальная гангрена желудка. Линии демаркации были четко очерчены, располагались по границам кровоснабжения циркулярно на уровне кардиального сфинктера пищевода и привратника.

Все отделы, обе стенки желудка имели одинаковый черный цвет, желудок самоампутировался от салников, без мобилизации и какой-либо перевязки сосудов был бескровно удален. В брюшной полости отмечалось неболь-

шое количество геморрагической жидкости с ихорозным запахом. В связи с предполагаемым быстрым смертельным исходом болезни операция закончена минимальными действиями: дистальный отдел пищевода зашит наглухо, культи 12-перстной кишки обшита на трубке кистетными швами и выведена в виде дуоденостомы, туалет и дренирование брюшной полости, лапаростомия. По окончании операции осмотрена полость рта, пищевод. Данных за ожог слизистой, употребление агрессивных жидкостей не обнаружено.

В послеоперационном периоде получал кристаллоидные растворы, антибиотики, анальгетики, фракционный перитонеальный лаваж. Состояние больного оставалось тяжелым, но стабильным и требовало проведения санационных операций. Больной пришел в сознание, потребовалось обеспечение питания.

16.02.2002 г. произведена программированная санационная релапаротомия, еюностомия с межкишечным анастомозом по Брауну, закрытие лапаростомы, редренирование брюшной полости. В отводящий конец еюностомы проведена трубка для кормления больного.

В дальнейшем состоянии больного оставалось тяжелым. В условиях отсутствия белковых гидролизатов, препаратов и компонентов крови, жировых эмульсий питание больного осуществлялось бульонами через еюностому с добавлением желчи, полученной из дуоденостомы. Постепенно картина перитонита регрессировала, операционная рана закрылась, появился самостоятельный стул.

Было очевидно, что для обеспечения дальнейшего существования больному необходимо проведение реконструктивных операций с целью создания искусственного желудка, однако наличие свищей мешало этому. Общее состояние больного оставалось тяжелым. Тяжесть состояния была обусловлена формированием хронического дуоденального свища в месте вывода дуоденостомы, наличием высокого кишечного свища (еюностома), массивными невосполнимыми белковыми и солевыми потерями, появлением пролежней, мацерацией кожи вокруг свищей, нарастающей полиорганной недостаточностью и истощением, обострением хронических и возрастных заболеваний.

08.03.2002 г. на фоне углубления вышеуказанных патологических состояний наступила смерть. На секции (№34 12.03.2002 г.) обнаружены признаки тотального