

М.И. Давыдов, В.Н. Шолохов, Ю.Г. Сенькин

ОЦЕНКА МЕТОДА ИГОЛЬНОЙ БИОПСИИ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ И ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

*Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН (Москва)
Иркутский областной онкологический диспансер (Иркутск)*

Изучалась точность трансторакальной игольной биопсии (ТТИБ) под контролем ультразвукового изображения в зависимости от локализации, размеров, морфологической природы и нозологической формы торакального заболевания. Последовательно выполнено 274 трансторакальных пункции (ТПП) 236 пациентам (включая 38 повторных). Результаты цитологического исследования, полученные при ТТИБ, сравнивались с результатами окончательного гистологического исследования, полученного различными способами. Общая точность составила 90 %, чувствительность — 87 %, специфичность — 100 %. В нашем исследовании методика позволила определить злокачественный характер процесса в 90,4 % случаев. Расхождения цитологического (ТТИБ) и гистологического диагнозов были клинически незначимыми. С помощью методики ТТИБ под контролем УЗИ не удалось достоверно идентифицировать доброкачественные опухоли и неспецифические воспалительные процессы органов грудной клетки. У пациентов со злокачественными новообразованиями легких чувствительность методики составила 87,4 %, точность — 90,3 %, при опухолях средостения — соответственно 92,6 и 93,3 %, при поражениях плевры, перикарда, грудной стенки — 80,0 и 84,6 % соответственно. При раке легкого чувствительность методики — 87 %, при этом периферический рак легкого диагностировался в 90 % случаев, а центральный рак — в 58 %. Отмечена высокая чувствительность методики при злокачественных опухолях тимуса (93 %). Наименьшая чувствительность получена

при образованиях, имевших морфологическое строение аденокарциномы (83,3 %), более высоким этот показатель был при немелкоклеточном раке легкого (88,5 %), а также в группе, в которую вошли образования легких неэпителиальной природы, лимфомы и тимомы (91,7 %). Чувствительность метода выше при размерах опухолей более 4 см (86 % против 74 % при мелких узлах) независимо от морфологии, локализации и нозологии, однако различие в точности было незначительным: 87 % против 85 %. Выполненный нами ретроспективный анализ показал высокие параметры диагностической эффективности метода ТТИБ под контролем УЗИ, которые существенно не отличаются от других исследований, выполненных с использованием более современного ультразвукового оборудования. Высокая точность метода сочеталась с отсутствием осложнений, характеризовалась быстротой и экономичностью, особенно по сравнению с традиционными методами контроля игольной биопсии (рентген, КТ) грудной клетки. Наибольшая эффективность получена при опухолях средостения и грудной стенки, особенно неэпителиальной природы (саркомы, лимфомы, тимомы). Однако тонкоигольная аспирация, с высокой чувствительностью определяющая злокачественный характер патологии, не всегда позволяла точно установить гистологический тип опухоли. Тем не менее, применение описанного метода имело важное практическое значение для определения тактики ведения пациентов с онкологической патологией органов грудной клетки и грудной стенки.

А.Д. Ефременко, В.С. Ложкин, Ю.Н. Незатаенко, Е.А. Баженов, И.Н. Гончаров, А.Г. Грибанов

АНАЛИЗ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Детская краевая клиническая больница (Хабаровск)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнительная оценка оперативных методов лечения перитонита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование основано на 6-летнем опыте лечения перитонита у детей. Применялись открытая и закрытая методики оперативного лечения.

На лечении по поводу распространенного перитонита находилось 112 детей. По возрасту: детей до 1 года — 2 (1,8 %), от 1 года до 3 лет — 9 (8,0 %), от 4 до 7 лет — 33 (29,5 %), 8—11 лет — 39 (34,8 %), 12—14 лет — 29 (25,9 %). Причиной перитонита были: гангренозный аппендицит — 7 (6,2 %), гангренозно-перфоративный аппендицит — 73 (65,2 %), первичный перитонит — 9 (8,0 %),

закрытая травма живота с повреждением полых органов — 11 (9,8 %), огнестрельные ранения брюшной полости — 4 (3,6 %), язвенно-некротический энтероколит — 4 (3,6 %), инвагинация — 1 (0,9 %), перфоративная язва желудка — 1 (0,9 %), гастродуоденит — 2 (1,8 %). Дети с распространенным перитонитом были разделены на две группы, в первую вошли дети, оперированные с применением лапаротомии, во вторую были отнесены дети, оперированные с дренированием брюшной полости. В первой группе было 54 ребенка, с наиболее тяжелыми формами перитонита, более длительными сроками заболевания, во второй было 58 детей.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В первой группе количество программированных плановых санаций составило от одной до четырех. Восстановление функции кишечника отме-

чалось на 3—4 сутки. Средняя длительность стационарного лечения составила 28 дней. Проведенные нами сравнительные исследования показали, что применение открытого (лапаротомия) метода лечения распространенного перитонита у детей обеспечивает меньшую продолжительность эндотоксикоза, раннее купирование болевого синдрома и восстановление функции желудочно-кишечного тракта. Однако во второй группе средние сроки госпитализации составили 21 день, а количество послеоперационных осложнений было меньше. Летальных исходов при лечении перитонита не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при тяжелых формах перитонита оправдано применение лапаротомии, в более легких случаях показан закрытый метод лечения.

А.Д. Ефременко, С.Н. Николаев, *К.В. Ватолин, *А.Г. Пинигин

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПИННОМОЗГОВОЙ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ

*Детская краевая клиническая больница (Хабаровск)
Российский государственный медицинский университет (Москва)

До сегодняшнего дня остается открытым вопрос показаний и сроков оперативного лечения детей со спинномозговыми грыжами. Ошибки в диагностике и тактике лечения в некоторых случаях приводят к необратимым неврологическим осложнениям. За период с 1994 по 2004 гг. проведено исследование 41 ребенка, находившегося на лечении, со спинномозговой грыжей. Мальчиков было 21, девочек 20. Возраст поступавших детей колебался от 2-х часов жизни до 16 лет. В комплекс диагностических мероприятий применялись методы современной диагностики (УЗИ, МРТ, КТ).

Локализация по отношению к отделам позвоночника проявлялась: грыжей шейного отдела — 1, грудного отдела — 1, груднопоясничного — 4, поясничного отдела — 10, пояснично-крестцового отдела — 20, крестцового — 5. По характеру грыжевого выпячивания диагностированы следующие виды грыж: рахизис — 1, менингоцеле — 4, менингомиелоцеле — 6, менингорадикулоцеле — 20, менинголипомиецеле — 8 отшнуровавшаяся грыжа — 1, дермальный синус — 1. Сопутствующая патология распределялась следующим образом: тугоухость, глухонмота — 1, почечная патология — 1, нарушение функций тазовых органов — 12, атония кишечника — 1, долихосигма — 3, вальгусная деформация конечностей, косолапость — 5, сколиоз — 8, парезы и параличи нижних конечностей — 11, кардиопатии — 3. Проявления разной степени гидроцефалии отмечено в 42,5 % случаев, мальформация Арнольда-Киари-II в 35,3 %. Основной метод оперативного лечения у

данных больных — мышечно-фасциальная пластика грыжевых ворот по методу Байера. В последние годы предпочтение отдается методу Чека. При этом выполняется декомпрессивная ламинэктомия, го-мопластика консервированной плацентой.

При изучении ближайших и отдаленных результатов пластики грыжевых ворот отмечались единичные случаи послеоперационного нагноения, расхождения швов. Однако проблема оперативного лечения спинномозговых грыж не является решенной, так как клиническая картина оперированных зачастую не является удовлетворительной. Так как простое иссечение спинномозговой грыжи и пластика дефекта позвоночного канала у маленького ребенка позволяют лишь устранить косметический дефект. Это в большинстве случаев, не решает фатальных проблем неврологических выпадений, не обеспечивают функционального восстановления органов малого таза и нижних конечностей. Вместе с тем, существует возможность частичного восстановления утраченных функций проводникового аппарата спинного мозга и происходит оно более благоприятно после устранения сдавления спинного мозга и восстановления ликвородинамики. На наш взгляд первичная операция должна быть направлена на устранение первично фиксированного и профилактику вторично фиксированного спинного мозга. Для успешного оперативного лечения необходим также комплекс диагностических мероприятий включающий в себя и эффективные методы современной диагностики (УЗИ, МРТ, КТ).