

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ

И.И. Снегирев

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов,
кафедра общей хирургии с курсом урологии, зав. — д.м.н., проф. С.Б. Пинский;
МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска», гл. врач — Л.А. Павлюк)

Резюме. В статье представлен опыт диагностики и хирургического лечения различных опухолей и кист средостения. Всего были изучены и подвергнуты анализу данные о 175 больных, из которых 156 имели различные опухоли и кисты средостения, 19 — другие заболевания и аномалии грудной полости, симулировавшие эти патологические образования. У 115 больных из 156 наблюдались доброкачественные опухоли и кисты и у 41 — злокачественные. Хирургическому лечению подверглись 120 больных, из них 101 имели доброкачественные опухоли и кисты, а 19 — злокачественные новообразования. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с доброкачественными новообразованиями средостения были благоприятные, а опухолей злокачественного характера менее благоприятные.

Ключевые слова: диагностика, хирургическое лечение, опухоли, кисты средостения.

DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF TUMORS AND CYSTS OF MEDIASTINUM

I.I. Snegiryov

(Irkutsk State Medical University, Irkutsk;
Clinical Hospital N 1, Irkutsk)

Summary. The article presents the experience of diagnostics and surgical treatment of various tumors and cysts of mediastinum. Data of 175 cases (156 cases of various non-malignant growths and cysts of mediastinum, 19 — other diseases and abnormalities of thorax which simulated these pathological growths) were studied and analysed. In 115 patients out of 156 we observed non-malignant growths and cysts, and in 41 — malignant ones. 120 patients were operated (101 with non-malignant growths and cysts and 19 — with malignant tumors). The remote outcomes of surgical treatment in patients with non-malignant growths were favourable, in contrast to patients with malignant growths.

Key words: diagnostics, surgical treatment, tumors, cysts of mediastinum.

Опухоли и кисты средостения, составляющие в среднем 1% всех опухолей человека [3, 4], являются относительно редкими заболеваниями. Несмотря на это, они из года в год привлекали к себе большое внимание врачей разных специальностей и, прежде всего, хирургов и рентгенологов. Такой большой и постоянно растущий интерес к патологическим образованиям средостения объясняется несколькими причинами. Известно, что средостение, являясь частью грудной полости, представляет собой сравнительно ограниченное пространство, в котором находятся многие жизненно важные органы, крупные сосуды, нервы и лимфатические узлы. Опухоли и кисты, располагаясь среди этих анатомических образований, вызывают в них ряд значительных функциональных и органических изменений, представляющих серьезную опасность для здоровья и жизни человека. Эта опасность усугубляется еще и тем, что некоторые опухоли уже с момента своего возникновения являются злокачественными, а другие, являясь в большинстве врожденными и вполне доброкачественными, нередко приобретают также злокачественный характер. Значительный интерес к медиастинальным новообразованиям поддерживается также и тем, что бурное развитие рентгенологии, грудной хирургии, анестезиологии и определенные достижения химио- и лучевой терапии создали благоприятные условия для их диагностики и лечения. Благодаря многочисленным исследованиям как отечественных, так и зарубежных ученых [1, 2, 4, 9, 10] к 60-м годам XX столетия в изучении опухолей и кист средостения были достигнуты значительные успехи. Об этом свидетельствуют и опубликованные в печати сотни случаев успешного распознавания и лечения этих патологических образований. Однако, несмотря на эти успехи, многие вопросы данной патологии оставались еще мало изученными. Не были решены окончательно вопросы гистогенеза, морфологии и классификации этих опухолей и кист. Широкая хирургическая практика испытывала еще значительные трудности в диагностике, особенно в распознавании их характера и гистоморфологического вида. Частота диагностических ошибок в общей лечебной сети достигала 75% [1, 3], а в специ-

ализированных клиниках и научно-исследовательских институтах — 16,1-50% [1, 2, 4, 8]. Не были выработаны также и четкие показания и противопоказания к хирургическому, лучевому и комбинированному методам лечения, применению того или иного вида обезболивания и хирургического доступа. Сравнительно мало были изучены и отдаленные результаты хирургического лечения различных опухолей и кист средостения.

Решение всех этих вопросов было затруднено в силу того, что в средостении встречаются самые разнообразные по своему происхождению и гистологическому строению опухоли и кисты. Отдельным исследователям и клиникам (больницам) сравнительно редко удается наблюдать большое количество больных с различными опухолями и кистами средостения, которое позволило бы им достаточно глубоко и всесторонне изучить гистогенез, морфологию, клинику и диагностику этих патологических образований и определенно высказаться в пользу того или иного метода лечения. Поэтому большое значение в этом будет иметь изучение всех этих вопросов многими исследователями и специалистами (хирургами, рентгенологами, патологоанатомами и др.).

В связи с этим мы сочли возможным обобщить наш опыт диагностики и хирургического лечения наиболее часто встречающихся доброкачественных и злокачественных опухолей и кист средостения.

Целенаправленное изучение этих патологических образований было начато автором этих строк в 60-х годах прошлого столетия в факультетской хирургической клинике Иркутского медицинского института. Однако по ряду причин эти исследования пришлось продолжить и завершить в клинике общей хирургии (на базе клинической больницы №1 г. Иркутска).

Материалы и методы

Изучение различных вопросов клиники и диагностики медиастинальных опухолей и кист произведено нами у 156 больных, находившихся на обследовании и лечении по поводу данной патологии в клинике общей хирургии (75 больных), факультетской хирургической клинике

(37 больных) и некоторых других лечебных учреждениях города Иркутска, Ангарска и Братска (44 больных). Кроме того, для дифференциальной диагностики были использованы наблюдения над 19 больными с другими заболеваниями и аномалиями грудной полости, симулировавшие медиастинальные опухоли и кисты.

Таким образом, всего нами были изучены и подвергнуты анализу данные о 175 больных, 92 из них были исследованы непосредственно нами в клиниках. Данные о 83 больных изучены по архивным материалам клиник и больниц (истории болезней, рентгенограммы).

Результаты и обсуждение

При тщательном клинко-рентгенологическом исследовании больных в клиниках и больницах у них были диагностированы самые разнообразные по своему строению и происхождению медиастинальные опухоли и кисты (всего 27 различных морфологических структур). Изучая и систематизируя эти патологические образования, мы сочли целесообразным разделить их на семь групп (табл. 1).

Наши данные о частоте различных опухолей и кист средостения почти полностью совпадают с таковыми

других авторов [1, 5, 6, 8]. Сравнительно большое количество внутригрудных зобов в нашем материале (25,6%) объясняется специальным подбором больных.

Клинко-рентгенологический диагноз у 133 (35,3%) больных был подтвержден гистологическим исследованием. Диагноз у остальных 23 больных (14,7%) основан на тщательном клинко-рентгенологическом исследовании и динамическом наблюдении.

Характер медиастинальных опухолей и кист у больных был различный. У подавляющего большинства — 115 (73,7%) наблюдались доброкачественные опухоли и кисты и лишь у 41 (26,3%) — злокачественные. В этом отношении наши данные согласуются с данными литературы [4, 5, 9] и показывают, что доброкачественные новообразования и кисты в средостении наблюдаются значительно чаще, чем злокачественные.

Среди больных, направленных в клиники с диагнозом опухоли или кисты средостения, были 19 человек, у которых имелись другие заболевания и аномалии, симулировавшие медиастинальные опухоли и кисты. Чаще всего это были аневризма аорты (7 больных) и праволжающая аорта (3 больных).

Возраст больных с новообразованиями средостения был различным: самому младшему было 7 месяцев, а старшему — 75 лет. Доброкачественные опухоли и кисты наиболее часто наблюдались у больных в возрасте 21-60 лет, а злокачественные — 11-50 лет.

У детей, юношей и лиц молодого возраста чаще диагностировались тератоидные образования, неврогенные опухоли, целомические кисты перикарда, опухоли и гиперплазии вилочковой железы. У пожилых людей преобладали внутригрудные зобы, липомы и бронхогенные кисты.

Опухоли и кисты средостения наблюдались как у мужчин, так и у женщин. Однако у женщин заболевания отмечались почти в два раза чаще (98), чем у мужчин (58), причем большинство женщин (82 из 98) имели доброкачественные опухоли и кисты, у мужчин же доброкачественные и злокачественные новообразования встречались почти одинаково часто (33 и 25).

Локализация опухолей и кист в средостении была у больных различной. Такие патологические образования, как опухоли и гиперплазии вилочковой железы, внутригрудные зобы, тератоидные образования и целомические кисты перикарда, наблюдались только в переднем средостении. Другие опухоли и кисты чаще встречались в переднем (опухоли лимфатических узлов, мезенхимальные опухоли) или в заднем средостении (неврогенные опухоли, бронхогенные кисты). По отношению к средней линии медиастинального пространства у большинства больных (90 из 156) опухоли и кисты располагались асимметрично, выпячиваясь в правую (чаще) или левую плевральные полости.

При изучении анамнеза у больных с опухолями и кистами средостения большое значение придавали выявлению длительности заболевания. Однако при данной патологии установить начало заболевания точно почти невозможно. Поэтому, говоря о длительности заболевания, это понятие мы применяем условно, так как в действительности имеем в виду длительность клинических проявлений.

Основная масса больных со злокачественными опухолями (31 из 41) поступила в клиники и больницы в течение 6 месяцев после появления первых признаков заболе-

Таблица 1

Частота и вид опухолей и кист средостения у больных

Вид опухоли и кисты	Число больных	
	всего	оперировано
1. Неврогенные опухоли (18):		
невринома	5	5
нерофиброма	5	5
ганглионеврома	5	5
ганглионевробластома	1	1
гистоморфологический вид опухоли не уточнен	2	-
2. Мезенхимальные опухоли (11):		
липома	1	1
гемангиома	4	4
лимфангиома	1	1
гемангиоэндотелиома	1	1
ангиосаркома	1	1
фиброма	2	2
фибросаркома	1	1
3. Опухоли лимфатических узлов (30):		
лимфогранулематоз	16	1
лимфосаркома (ретикулосаркома)	8	4
медиастинальная форма рака легкого	2	2
метастазы мезотелиомы и семиномы	4	2
4. Опухоли и гиперплазии вилочковой железы (13):		
тимома	8	7
гиперплазия вилочковой железы	5	5
5. Тератоидные образования (16):		
эпидермоидная киста	1	1
дермоидная киста	13	10
тератома	2	2
6. Внутригрудные зобы (40):		
частично внутригрудной зоб	35	35
полный внутригрудной зоб	5	5
7. Кисты (28):		
целомическая киста перикарда	16	12
бронхогенная киста	8	4
травматическая киста	2	1
казеома	2	2
Итого	156	120

вания. При доброкачественных опухолях средостения от начала заболевания и до поступления в лечебное учреждение проходило больше времени. Из 115 больных 51 поступил в течение первого года заболевания. Большая же часть (64 из 115) была госпитализирована в клиники и больницы в сроки от 2 до 10 и более лет от начала первых проявлений заболевания.

Клиника опухолей и кист средостения, за редким исключением, была нехарактерной. Жалобы больных и объективные признаки заболевания определялись рядом факторов:

- локализацией, величиной и консистенцией патологических образований;
- характером и темпом роста опухоли, состоянием компенсации нарушенных функций органов средостения и организма в целом;
- течением заболевания и характером присоединившегося осложнения.

Наиболее часто выявлялись следующие жалобы и объективные признаки: боли в груди (109), одышка (76), кашель (38), сердцебиение (31), притупление перкуторного звука, а также ослабленное дыхание в области проекции опухоли или кисты на грудную стенку (67). Значительные изменения наблюдались при исследовании сердечно-сосудистой системы: тахикардия, глухость тонов сердца и различные изменения электрокардиограммы (109), систолический шум на верхушке сердца (42), повышение венозного давления (30) и различное наполнение пульса на артериях рук (23).

Наши наблюдения показали, что для опухолей и кист средостения (главным образом доброкачественных) наиболее характерным является хроническое течение патологического процесса с постепенным нарастанием симптомов. Острое начало заболевания встречалось чаще при злокачественных опухолях, особенно лимфобластического типа (лимфогранулематоз, лимфосаркома). Бессимптомное течение медиастинальных опухолей и кист наблюдалось, по нашим данным, у 20,5% больных.

В диагностике опухолей и кист средостения ведущая роль принадлежит рентгенологическому исследованию, которое позволяет установить наличие и размеры патологического образования, его локализацию, характер и взаимоотношение с прилежащими органами и крупными сосудами.

Рентгенологическое исследование выполнялось у наших больных в определенной последовательности. Кроме многопроекционного просвечивания с применением различных функциональных проб, рентгенографии в стандартных проекциях, всем больным целенаправленно применялись те или иные дополнительные рентгенологические методы исследования. В подавляющем большинстве случаев это были относительно простые и безопасные методы: суперэкспонированные снимки, контрастное исследование пищевода, рентгенокимография и томография. Более сложные методы рентгенологического исследования, как бронхография, пневмомедиастинография, ангиография и др., применялись реже и лишь по определенным показаниям. Благодаря рациональному использованию клиничко-рентгенологических методов исследования у 95 (71,4%) из 133 больных, у которых характер и вид медиастинальных опухолей и кист были подтверждены гистологическим исследованием, удалось правильно поставить диагноз. Он не был правильно или с полной уверенностью установлен у 38 (28,6%) больных.

Анализ ошибочных диагнозов показал, что в основном они сводились к ошибкам при определении гистоморфологического вида опухоли или кисты (24) и реже к ошибкам в установлении точной локализации (9) и характера их (5).

Конечно, в настоящее время благодаря применению различных современных инструментальных методов исследования (УЗИ, КТ, МРТ и др.), если не во всех, то во многих случаях удается правильно распознать и

гистоморфологический вид медиастинальной опухоли или кисты.

При выборе метода лечения опухолей и кист средостения у больных мы исходили из указания большинства отечественных и зарубежных хирургов [1, 4, 5, 6, 8, 11] о том, что при данном развитии грудной хирургии и анестезиологии необходимо придерживаться наиболее раннего и радикального удаления этих патологических образований.

Из 156 наших больных с опухолями и кистами средостения хирургическому лечению подверглись 120 человек (76,9%) (табл. 1), 36 больных (23,1%) выписаны без операции (12 из них отказались от оперативного лечения, а у 24 больных были различные противопоказания).

У подавляющего большинства оперированных больных — 101 (84,2%) из 120 были доброкачественные опухоли и кисты. Злокачественные же новообразования имели место лишь у 19 больных (15,8%).

На основании собственных наблюдений и анализа литературных данных мы пришли к выводу, что показания к операции при опухолях и кистах средостения следует делить на жизненные и абсолютные. Жизненные показания к операции возникают в тех случаях, когда опухоль или киста средостения представляет непосредственную опасность для жизни больного (сдавление трахеи, крупных вен и др.). Из 120 больных с опухолями и кистами средостения по жизненным показаниям были оперированы 2 человека с угрозой сдавления трахеи полным внутригрудным зобом. Абсолютные показания к операции устанавливались в тех случаях, когда была уверенность, что только оперативное вмешательство может избавить больного от заболевания. Такие условия, по нашему мнению, имеют место при всех доброкачественных, а также злокачественных опухолях и кистах средостения, за исключением распространенного поражения медиастинальных лимфатических узлов метастазами, лимфогранулематозом и ретикулосаркомой. При гиперплазии вилочковой железы операция показана в случаях значительной компрессии окружающих органов и сосудов или сочетания с генерализованной миастенией средней и тяжелой форм при неуклонном прогрессирующем течении и неэффективном консервативном лечении. Абсолютные показания к операции устанавливались также у больных, у которых с помощью клиничко-рентгенологических методов исследования не удавалось установить характер новообразования и особенно гистоморфологический вид злокачественной опухоли. У большинства больных (118 из 120) были абсолютные показания к операции.

Другой, не менее важной проблемой хирургического лечения медиастинальных опухолей и кист, является вопрос о противопоказаниях к операции. При установлении их мы исходили, прежде всего, из характера показаний и наличия у больных общих и местных условий, делающих хирургическое вмешательство неэффективным или более опасным, чем само заболевание. При этом мы считали целесообразным разделить все противопоказания к операции на абсолютные и относительные. Из 156 больных с опухолями и кистами средостения из-за наличия противопоказаний не были оперированы 24 человека (16%), из которых 21 имел абсолютные противопоказания, а 3 — относительные.

Абсолютными противопоказаниями к операции у больных являлись:

- распространенное поражение лимфатических узлов средостения лимфогранулематозом, ретикулосаркомой и метастазами мезотелиомы (17 больных);
- злокачественные опухоли, прораставшие жизненно важные органы, крупные сосуды и грудную стенку и метастазировавшие в регионарные лимфатические узлы, внутренние органы, позвоночник и кости таза (4 больных).

Относительными противопоказаниями к операции у больных (3) были в основном тяжелые сопутствующие заболевания.

Клинический результат хирургического лечения опухолей и кист средостения в значительной степени зависит от предоперационной подготовки больных. До операции необходимо не только тщательно обследовать больных, но и улучшить их общее состояние, учитывая тяжесть предстоящей операции и связанных с ней различных изменений в послеоперационном периоде.

Предоперационная подготовка наших больных с патологическими образованиями средостения проводилась главным образом по общепринятым правилам для торакальных больных. При этом учитывались индивидуальные особенности больных, характер, вид и размеры опухоли (кисты), наличие осложнений и сопутствующих заболеваний.

Около 1/3 больных, подвергнутых оперативному лечению по поводу различных опухолей и кист средостения, в какой-либо специальной предоперационной подготовке не нуждались. Функциональные показатели у этих больных были нормальными или имели несущественные отклонения от нормы.

Специальную предоперационную подготовку приходилось проводить больным пожилого возраста (17) и страдающим опухолями злокачественного характера и доброкачественными новообразованиями больших размеров (12), так как почти у всех этих больных наблюдались признаки легочной и сердечно-сосудистой недостаточности.

Успешное выполнение операции на средостении по поводу опухоли или кисты в значительной степени зависит от правильно выбранного вида обезболивания. Большинство наших больных с опухолями и кистами средостения (77 из 120) были оперированы под эндотрахеальным наркозом в сочетании с мышечными релаксантами и управляемым дыханием. Местная анестезия по А.В. Вишневскому применялась главным образом в 1954-1958 годах, когда эндотрахеальный наркоз в клиниках только осваивался.

Одним из важных условий, обеспечивающих успешное выполнение операции, является также правильно выбранный хирургический доступ к средостению. Последний выбирался нами в зависимости от локализации патологического образования в средостении и его размера. Учитывались также характер новообразования и осложнения. Были использованы различные доступы (табл. 2).

Все примененные нами хирургические доступы позволили хорошо осмотреть положение опухоли или кисты в средостении, определить их отношение к соседним анатомическим структурам и обеспечить простор для манипуляций.

По поводу опухолей и кист средостения у больных были произведены различные хирургические вмешательства (табл. 3).

Выбор хирургических вмешательств был обусловлен в основном характером и размером патологических образований и отношением их к близлежащим органам и сосудам. Все доброкачественные опухоли и кисты (101) были удалены радикально. При злокачественных новообразованиях радикальные операции удалось выполнить только у 6 из 19 оперированных.

Многие опухоли и кисты средостения (неврогенные опухоли, тератоидные образования, опухоли и гиперплазии вилочковой железы и др.) у наших больных были спаяны с прилежащими анатомическими структурами (разной степени спаечный процесс был обнаружен у 76 из 120 оперированных). Учитывая это, мы почти при всех операциях вводили вокруг опухоли или кисты 0,25%

раствор новокаина, что является своего рода гидравлической препарацией тканей. Кроме того, у 6 больных при удалении больших кист, имевших значительные сращения с окружающими органами, была использована методика Б. В. Петровского. Благодаря указанным приемам у большинства больных опухоли и кисты средостения были относительно легко мобилизованы и удалены.

Во время оперативного вмешательства в условиях измененной топографии средостения под влиянием опухолей и кист могут наблюдаться различные осложнения: шок, кровотечение, повреждение органов и др. В наших наблюдениях было относительно небольшое количество осложнений во время операции: у 2-х больных имел место шок, у 8 — умеренное кровотечение и у 10 — повреждение медиастинальной плевры и диафрагмы. У подавляющего большинства больных (93 из 120), оперированных по поводу опухолей и кист средостения, послеоперационный период протекал без осложнений. У 27 больных в разные сроки после операции возникли различные по характеру и тяжести осложнения. Наиболее частыми из них были: пневмония (у 7 больных), частичное нагноение операционной раны (у 6 больных), парез возвратного нерва (у 5 больных) различные неврологические расстройства (у 5 больных) и расстройства дыхания (у 5 больных). Большинство осложнений только несколько усугубили течение послеоперационного периода и были излечены консервативными методами.

Из 120 оперированных больных с опухолями и кистами средостения в клиниках и больницах умерли 2 человека, что составляет 1,7%. В обоих случаях смерть наступила в послеоперационном периоде: в одном случае на 3 день после операции от расстройств дыхания, в другом — на 28 день от тяжелой гипоксии, развившейся

Таблица 2

Виды хирургических доступов у больных с опухолями и кистами переднего и заднего средостения

Виды хирургического доступа	Опухоли и кисты переднего средостения	Опухоли и кисты заднего средостения	Всего
Переднебоковой	21	3	24
Заднебоковой	—	7	7
Боковой межреберный	15	14	29
Надгрудный внеплевральный	41	—	41
Чрезгрудный продольный	6	—	6
Поперечный чрездвуплевральный	7	—	7
Комбинированный:			
надгрудный внеплевральный и переднебоковой	1	—	1
надгрудный внеплевральный и чрезгрудный продольный	2	—	2
заднебоковой с ламинэтомией	—	1	1
Внеплевральная задняя медиастинотомия по Носилкову	—	2	2
Всего:	93	27	120

Таблица 3

Виды хирургических вмешательств у больных с опухолями и кистами средостения доброкачественного и злокачественного характера

Виды хирургических вмешательств	Доброкачественные опухоли и кисты	Злокачественные опухоли и кисты	Всего
Экстирпация опухоли или кисты	101	6	107
Резекция опухоли или кисты	—	7	7
Пробная торакотомия	—	5	5
Декомпрессионная ламинэтомия	—	1	1
Всего	101	19	120

вследствие прорастания метастатической опухоли жизненно важных органов и сосудов средостения.

Отдаленные результаты хирургического лечения доброкачественных опухолей и кист средостения изучены нами у 94 человек из 101 оперативного больного в сроки от 6 месяцев до 17 лет. 79 из них были подвергнуты всестороннему исследованию, о судьбе 15 больных было известно из анкет, которые заполнили они сами или их родственники.

По качеству результатов мы разделили больных на три группы: с хорошими, удовлетворительными и неудовлетворительными результатами.

В группу с хорошими результатами вошли 82 больных, у которых отмечено полное исчезновение симптомов заболевания после операции и отсутствие жалоб на какие-либо болезненные явления, связанные с оперативным вмешательством.

Все эти больные считают себя практически здоровыми. Они вернулись к привычному образу жизни, учебе и работе. В эту же группу вошли 7 детей, все они хорошо развиваются, рецидива опухоли и кисты у них нет.

В группу с удовлетворительными результатами мы включили 11 больных, у которых после операции исчезли основные жалобы и объективные признаки заболевания, но остались небольшие боли в груди, одышка или сердцебиение, либо появились жалобы в связи с перенесенным хирургическим вмешательством: боли по ходу послеоперационного рубца, нарушение потоотделения, синдром Горнера и др. В эту же группу вошли 4 больных, у которых были удалены доброкачественные опухоли и гиперплазии вилочковой железы, сопровождавшиеся симптомами миастении. Интенсивность миастенических симптомов у них уменьшилась, дозу антихолинэстеразных препаратов больные сократили на 1/3. Рецидива опухоли и кисты у данной группы больных не обнаружено.

Отдельные результаты хирургического лечения злокачественных опухолей средостения изучены нами у 16 из 18 больных. Срок наблюдения составил от 4-х месяцев до 7 лет.

Из 16 больных 6 были оперированы радикально, 7 больным была произведена резекция опухоли, 2 — пробная торакотомия и 1 больному — декомпрессионная ламинэктомия. Кроме того, 10 больным в послеоперационном периоде и в дальнейшем в условиях онкологического диспансера проводилось лучевое лечение.

Из 16 больных живут 2: один из них живет без рецидива и метастазов 2 года (больной оперирован радикально по поводу злокачественной тимомы), другой живет 7 лет (больному был удален метастаз семиномы). В послеоперационном периоде и периодически в течение 2 лет они подвергались лучевой терапии. Один из этих больных не работает и получает пособие по II группе инвалидности; второй больной работает слесарем, как и до операции. Все другие больные (14) умерли через 1,5 месяца — 3 года после операции от продолжающегося роста опухоли, ее рецидива или метастазов.

Анализ наших наблюдений показал, что наилучшие отдаленные результаты получены при хирургическом лечении доброкачественных опухолей и кист средостения; отдаленные же результаты хирургического лечения медиастинальных опухолей злокачественного характера менее благоприятны.

Таким образом, более широкий охват населения профилактическими медицинскими осмотрами и большая осведомленность врачей о данной патологии будут способствовать более раннему выявлению опухолей и кист средостения и тем самым приведут к повышению их операбельности, улучшению ближайших и отдаленных результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брайцев В.Р. Врожденные дизонтогенетические образования средостения и легких. — М., 1960. — 252 с.
2. Гольдберг В.Н. Клиника, диагностика и хирургическое лечение опухолей и кист средостения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1961. — 18 с.
3. Лукьянченко Б.Я. Распознавание опухолей и кист средостения. — М., 1958. — 234 с.
4. Колесникова Р.С. Клиника, диагностика и хирургическое лечение опухолей и кист средостения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1965. — 27 с.
5. Колесов А.П., Желудев С.И., Давыденко В.А. и др. Клиника, диагностика и лечение опухолей и кист средостения // Клиническая медицина. — 1969. — №2. — С. 48-55.
6. Петровский Б.В. Хирургия средостения. — М., 1960. — 125 с.
7. Петровский Б.В., Перельман М.И., Домрачев А.С. Новообразование средостения // Хирургия. — 1969. — №2. — С. 88-93.
8. Углов Ф.Г., Селезнев Е.К., Игнатъев А.С. Лечение доброкачественных опухолей и кист средостения // Вестник хирургии. — 1969. — №10. — С. 8-13.
9. Bariety Y.A., Cauty C. Le mediastin sa pathologie. — Paris, 1958. — 190 p.
10. Flavel G. Cyst and tumora of the mediastinum. Diseases of the chest. Marchall G., Perry K. — London, 1952. — P. 347-358.
11. Herlistzka A.A., Gale J.W. Tumors and cysts of mtdiastinum // J.A.M.A. Arch. Surg. — 1958. — N76. — P. 697-706.

Адрес для переписки: 664023, г. Иркутск, ул. Пискунова, 106, кв. 48,

Снегирев Иван Игнатьевич — к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии с курсом урологии, тел. (3952) 54-88-01, e-mail: snegirevii@mail.ru

© Федчишин О.В., Трофимов В.В., Клименов В.А. — 2009

ВЛИЯНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ОБРАБОТКИ НА СТРУКТУРУ И ФИЗИКО-МЕХАНИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ТИТАНА ВТ 1-0

О.В. Федчишин¹, В.В. Трофимов¹, В.А. Клименов²

(¹Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра ортопедической стоматологии, зав. — д.м.н., проф. В.В. Трофимов;

²Томский политехнический университет, ректор — д.т.н., проф. П.С. Чубик, ФГУП Научно-исследовательский институт интроскопии Томского политехнического университета, директор — д.т.н. В.А. Клименов)

Резюме. Невысокая, по отношению к легированным титановым сплавам, прочность технически чистого титана значительно ограничивает возможности его применения. С целью повышения механических свойств и модифицирования поверхности титановые образцы подвергались ультразвуковой поверхностной обработке.

Ключевые слова: титан, микротвердость, ультразвук.