

Вне обострения язвенной болезни после прохождения курса лечения у 16 исследуемых связи с исчезновением язвенного дефекта и воспалительной инфильтрации проходимость привратника в стадии субкомпенсированного стеноза восстанавливается.

У 9 из 77 исследуемых с язвенной болезнью было диагностировано желудочно - кишечное кровотечение. Важным клиническим симптомом, указывающим на высокую вероятность желудочно-кишечного кровотечения у пациентов с обострением язвенной болезни желудка и ДПК, является отсутствие изжоги. Желудочно-кишечное кровотечение отмечено у 7 из 23 пациентов, не страдающих изжогой, что составило 30% и только у двух из 54 (4%) пациентов с изжогой, разница статистически достоверна ($p=0,03$; $X^2=8,73$).

При проведении фиброгастроскопии гастро-эзофагеальный рефлюкс был выявлен у 20% пациентов, дуодено-гастральный рефлюкс – у 30% пациентов из 164 обследованных. У 7% больных гастро-эзофагеальный и дуодено - гастральный рефлюкс сочетались. При язвенной болезни по сравнению с эрозивным гастродуоденитом достоверно чаще встречался дуодено-гастральный рефлюкс, это 29 из 77 больных, что составляет 38%, по сравнению с больными с хроническим эрозивным дуоденитом – 19 из 87 пациентов (22%), ($X^2=4,21$; $P<0,04$).

Выявлено достоверное нарастание частоты дуодено-гастрального рефлюкса по мере увеличения длительности заболевания. При длительности заболевания от 1 до 12 месяцев дуодено-гастральный рефлюкс выявлен у 24% больных, от 25 лет до 30 лет – у 47%, от 31 до 36 лет – у 50%, более 36 лет – у 57%.

Проводилось комплексное лечение. В терапии использовались антибиотики, препараты висмута, H_2 -гистаминоблокаторы, блокаторы протонной помпы, витамины, адаптогены, седативные препараты, физиотерапевтические методы, иглорефлексотерапия. В качестве антибактериальной терапии, больные получали метронидазол в комбинации с одним из антибиотиков: тетрациклином, амоксициллином, кларитромицином в общепринятых дозах. Осложнений антибактериальной терапии не отмечено. Клинико-эндоскопическая ремиссия достигнута у 136 из 164 пациентов (83 %). У остальных 17% отмечалось улучшение.

При сопоставлении групп, получавших тетрациклин, амоксициллин и кларитромицин не было получено статистически достоверной разницы по времени лечения как до проведе-

ния контрольной ФГС, которая выполнялась в среднем на 21 сутки, так и по частоте достижения клинико-эндоскопической ремиссии.

Таким образом, можно сделать выводы:

1. Частота развития деформации луковицы ДПК не зависит от длительности течения заболевания, что указывает на особую важность ранней диагностики, своевременного лечения и диспансеризации с самого начала заболевания.

2. Дифференциальная диагностика язвенной болезни и хронического эрозивного гастродуоденита возможна только при сопоставлении клинико-анамнестических данных и результатов эндоскопического исследования.

3. Частота вероятности дуоденогастрального рефлюкса увеличивается с течением заболевания.

4. В связи с идентичностью результатов терапии в группах, получавших тетрациклин, амоксициллин и кларитромицин, следует считать полусинтетические пенициллины и макролиды, лишенные общеизвестных побочных эффектов тетрациклина, антибиотиками выбора в составе комплексной терапии язвенной болезни и хронического эрозивного гастродуоденита.

Литература:

1. Литвицкий П.Ф. Патифизиология/ Учебник для вузов в 2 т. – М.: ГЕОТАР МЕД, 2002. – Т. 2. – С. 237-272.
2. Патифизиология. Курс лекций / Под ред. П.Ф. Литвицкого. – М., 1995. – С. 539-550.
3. Руководство по клинической эндоскопии / Под. Ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина, 1985.
4. Питер Р. Мак Нелли. Секреты гастроэнтерологии. – М.: БИНОМ, СПб.: Невский диалект, 2001. – 1032 с.
5. Физиология и патифизиология желудочно-кишечного тракта / Пер. с англ. под ред. Дж.М. Полак, С.Р. Блума, Н.А. Райта, А.Г. Батлера. – М.: М, 1989. – 496 с.
6. Янукий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 376 с.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ РАКОМ ЛЕГКОГО

Д.Д. Сехниаидзе, В.Ю. Зуев, Е.Н. Десятов, А.В. Лысцов, Т.Л. Обухова, А.Н. Лагутов, А.В. Самойлов, Н.П. Кондратьев

Тюменский ООД

Цель исследования: определить алгоритм диагностики и хирургической тактики у пациентов с периферическими раками легкого при использовании видеоэндоскопических технологий.

Материалы и методы. Включены 17 больных с периферическими формами рака легкого T₁₋₂N₀M₀, оперированных в отделении торакальной хирургии ГБУЗ ТО «Облонкодиспансер» в период с января 2011 по октябрь 2012 года. 10 мужчин и 7 женщин. Средний возраст пациентов составил 57,5±10,3 года. У 3 пациентов на дооперационном этапе, по данным КТ, определялись увеличенные лимфоузлы корня легкого и средостения. Всем пациентам выполнена видеоторакоскопическая радикальная лобэктомия с использованием оборудования и расходных материалов фирм Karl Storz, Valleylab и Ethicon. Трем пациентам, с подозрением на метастатическое поражение лимфоузлов корня легкого и средостения, на дооперационном этапе выполнена эндобронхиальная ультрасонография с тонкоигольной аспирационной биопсией лимфоузлов (ЭУС ТАБ) с использованием оборудования фирмы Olympus. С мая 2012 года в лечебно-диагностический алгоритм включена ПЭТ/КТ. Выполнено 4 ПЭТ-КТ исследования на установке Siemens Biograph 64.

Результаты и обсуждение. Предложен следующий алгоритм хирургической тактики. Всем пациентам с периферическим раком легкого T₁₋₂ выполняется КТ грудной клетки. Если нет увеличения лимфоузлов корня легкого и средостения (<1 см) – пациент направляется на ПЭТ-КТ исследование. Если отсутствует накопление радиофармпрепарата (РФП) – выполняется радикальная видеоторакоскопическая лобэктомия (РВЛ). При накоплении в лимфоузлах средостения РФП, пациент направляется на эндобронхиальную ультрасонографию с тонкоигольной аспирационной биопсией лимфоузлов (ЭУС ТАБ) – при отсутствии метастазов также выполняется РВЛ. При обнаружении метастазов пациент направляется на химиолучевое лечение. Если, по данным КТ, имеются увеличенные лимфоузлы (>1 см) – выполняется ЭУС ТАБ. При обнаружении метастазов в лимфоузлах проводится химиолучевое лечение, при их отсутствии – РВЛ. В соответствии с принятым алгоритмом, трем пациентам с увеличенными, по данным КТ, лимфоузлами корня легкого и средостения выполнена эндобронхиальная ультрасонография с тонкоигольной аспирационной биопсией лимфоузлов, которая не подтвердила их метастатического поражения. С мая 2012 года выполнено 4 ПЭТ-КТ исследования и в одном случае обнаружена гиперфиксация РФП в лимфоузле корня легкого. Этому пациенту произведена РВЛ и, при гистологическом исследовании препарата, в лимфоузле

корня легкого выявлена лишь гиперплазия. Произведено 6 нижних лобэктомий слева, 5 нижних лобэктомий справа, 1 средняя лобэктомия справа, 2 верхние лобэктомии справа, 3 верхних лобэктомии слева. Средняя продолжительность операции составила 196±36 минут. У одного пациента послеоперационный период осложнился пневмонией. У других пациентов осложнений не было. Дренажи удалены в срок от 2-5 суток. Гистологически плоскоклеточный рак выявлен в 13 случаях, аденокарцинома в 4. В одном случае при гистологическом исследовании операционного материала в лимфоузле 10 группы выявлен метастаз. Этот пациент направлен на адъювантную химиотерапию. В других случаях метастазов в лимфоузлах средостения обнаружено не было. В отдаленном послеоперационном периоде умерла одна пациентка через 8 месяцев после операции, от прогрессирования процесса. Остальные пациенты находятся на диспансерном наблюдении.

Выводы. Предложенный алгоритм позволяет оптимизировать хирургическую тактику у пациентов с периферическим раком легкого, путем уточнения лимфогенной распространенности процесса до операции с помощью ЭУС ТАБ, и выполнения РВЛ при T₁₋₂N₀M₀.

ВОПРОСЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СКЕЛЕТА И ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СИСТЕМЕ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

А.Г. Синяков, П.Б. Зотов,
М.В. Никитина, В.В. Кузнецов

Тюменский ООД

Рак молочной железы (РМЖ) у женщин занимает ведущее место среди солидных опухолей по частоте гематогенного метастазирования [5]. Несмотря на знание высокой вероятности развития метастазов при этой локализации у многих больных диагностика вторичного поражения осуществляется на поздних стадиях, что значительно снижает качество жизни пациентов, и, нередко, повышает риск летального исхода от осложнений [1]. Необходимость повышения качества и расширения объема онкологической помощи в нашей стране активно ставит вопрос о разработке новых организационных моделей третичной профилактики [2-4].

Поражение скелета: традиционный подход подразумевает обследование больного при возникновении соответствующих жалоб.