А.В. Крупко

Нижегородская государственная медицинская академия

Практическим врачам часто приходится сталкиваться с объемными образованиями полости грудной клетки и средостения. Как правило, таких пациентов рано или поздно направляют на прием к онкологу. С этого момента начинается сложный, а самое главное ответственный этап – этап постановления клинического диагноза, с полной его дифференциацией от других мимикрирующих онкопатологию заболеваний. В процентном соотношении, по данным многих авторов, опухоли средостения занимают от 1 до 4% всех существующих новообразований, причем доброкачественные встречаются чаще злокачественных. Различные объемные образования средостения требуют различного подхода к лечению.

В структуре злокачественных опухолей у детей преобладают поражения внутригрудных лимфоузлов. Доля поражений при болезни Ходжкина составляет 75%, на втором месте по частоте встречаемости – поражение внутригрудных лимфоузлов при неходжкинских лимфомах.

Обязательным условием верификации является морфологическое исследование материала. Методы, которыми мы можем получить необходимый материал, известны: это торакотомия, которая, несомненно, позволяет нам найти искомое и взять достаточное количество на исследование. Но по своей сущности она является тяжелой операцией, с длительным послеоперационным периодом, что отодвигает начало лечения и крайне неблагоприятно отражается на состоянии больного и отдаленных результатах. После торакотомий не исключен спаечный процесс, что в последующем может помешать радикальности лечения. Другой метод исследования – тонкоигольная биопсия. Этот метод, безусловно, относится к малоинвазивным, чем и пред-

почтительней перед торакотомией. Но осуществляется он без прямой визуальной поддержки и дает возможность получить материал для достоверного диагноза примерно в 70-80% случаев. Третий метод, который мы считаем наиболее предпочтительным, – это торакоскопия.

С 2004 года в нашей клинике начато проведение торакоскопии у детей с онкопатологией. За данный период выполнено 15 торакоскопических операций 14 детям. Мальчиков – 6, девочек – 8. Детей до 7 лет – 2, 7 – 14 лет – 6, старше 14 лет – 6 (средний возраст – 13 лет). В 5 случаях выполнены диагностические торакоскопии, при этом выявлены медиастинальная липома, сосудистая опухоль, очаговое поражение легкого. В 2 случаях из-за выраженного спаечного процесса диагноз не был установлен, так как ему предшествовала торакотомия. В 7 случаях выполнялась торакоскопия с биопсией опухолей, были поставлены диагнозы: 4 – болезнь Ходжкина, 1 – саркоидоз Бека, 1 – злокачественная мезотелиома плевры, 1 – туберкулез. В 3 случаях выполнены торакоскопические операции – 2 – удаление бронхогенных кист, 1 – удаление субплевральных метастазов остеогенной саркомы. Осложнений при проведении всех операций не отмечалось.

Таким образом, внимательно изучая все методики морфологической верификации опухолей грудной полости и средостения, мы пришли к выводу, что торакоскопия является наиболее обоснованным методом. Она позволяет поставить своевременный диагноз, незамедлительно начать лечение; также возможно выполнение радикальных удалений небольших онкологических образований без вскрытия грудной клетки, что сокращает сроки стационарного лечения и улучшает качество жизни.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

Р.А. Моторина, В.В. Лескин

Ставропольская государственная медицинская академия, г. Ставрополь

За период с 1992 по 2006 год нами накоплен большой опыт лечения детей с различными формами хронического остеомиелита. В зависимости от причины выделяли следующие виды хронического остеомиелита: 1) хронический гематогенный, 2) посттравматический, 3) контактный на фоне трофических нарушений.

К больным применяли дифференцированный подход в лечении хронического остеомиелита. Выбор метода лечения зависел от этиологии, формы заболевания и наличия сопутствующей патологии. Ранняя ортопедическая коррекция проводилась через 1,5–2 месяца после ликвидации острого процесса. В зависимости от применяемых методик лечения выделяли следующие группы больных.

1. Хронический гематогенный остеомиелит длинных трубчатых костей с большими костными дефектами и формированием ложного сустава.

2. Хронический гематогенный остеомиелит с обширными дефектами кожи.

Подобный вариант процесса возможен при локализации процесса в большеберцовой кости (например, в нижней трети). Первый этап лечения включает в себя некрэктомию и дренирование раны по Микуличу. Дном раны обычно является кость. Рану заполняют тампонами, смоченными раствором антибиотика. Второй этап выполняют через 10 дней. После удаления тампонов из раны на слой грануляций пересаживают полнослойный кожный лоскут.

3. Хронический посттравматический остеомиелит с потерей костного вещества.