

УДК:[611.329+616.329-006.6-089]:616-073.756.8

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМОМЕТРИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ГРУДНОГО ОТДЕЛА ТРАХЕИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ТИПА ЛЬЮИСА ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

П. В. Самойлов, А. Е. Рыков

FEATURES OF ANATOMOMETRICAL CHARACTERISTICS OF THORACAL DEPARTMENT OF THE TRACHEA AFTER OPERATIONS OF TYPE OF LEWIS ON DATA OF COMPUTER TOMOGRAPHY

P. V. Samoylov, A. E. Rykov

ГОУВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

(Ректор — Засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)

Оренбургский областной клинический онкологический диспансер

(Главный врач — В. Н. Кирсанов)

На КТ обследовано 30 больных раком грудного отдела пищевода после операций типа Льюиса. Выявлены различные варианты анатомии и топографии грудного отдела трахеи.

Ключевые слова: трахея, пищевод, рак, анатомия, топография, компьютерная томография, операция типа Льюиса.

Библиография: 3 источника

On CT 30 chest departments of a gullet sick by a cancer after operations of type of Lewis are surveyed. Various variants of anatomy and topography of chest department of a trachea are revealed.

Key words: trachea, esophagus, cancer, anatomy, topography, computer tomography, operation of type of Lewis.

Bibliography: 3 sources

Цель работы — выявление изменений в анатомическом строении и топографии грудного отдела трахеи после операций типа Льюиса.

С клинически значимыми стадиями рака грудного отдела пищевода (Т1–Т3) нами обследовано 40 больных. Из них 7 больных (17,5%) — раком верхней трети, 21 (52,5%) — раком средней трети и 12 (30%) — раком нижней трети грудного отдела пищевода. Из числа выше указанных пациентов 30 была выполнена операция типа Льюиса. Обследование им проводилось через две недели, через три месяца и через ½ года после операции.

Всем пациентам было проведено исследование на спиральном компьютерном томографе «Tomoscan AV» по стандартной программе: толщина среза — 7 мм, шаг стола 7 — мм, индекс реконструкции — 5 мм. Положение пациента лежа на спине с задержкой дыхания на вдохе.

На уровне грудино-ключичного сочленения на 14 сутки после операции типа Льюиса размеры (передне-задний и поперечный) трахеи не меняются в 43% (13 случаев), увеличиваются в 48% (14 случаев), уменьшаются в 9% (3 случая), составляя в среднем 24 x 27 мм. Трахея располагается дальше вправо относительно срединной плоскости в 53% (16 случаев) в среднем на 6 мм, ближе к груди в 53% (16 случаев), составляя 10 — 32 мм, дальше от позвоночника в 43% (13 случаев) в среднем на 4 — 17 мм.

Через 3 месяца после операции размеры трахеи не меняются в 60% (18 случаев), увеличиваются в 20% (6 случаев), уменьшаются в 20% (6 случаев), составляя в среднем 25 x 30 мм. Расположение относительно срединной плоскости не меняется в 70% (21 случай) в среднем

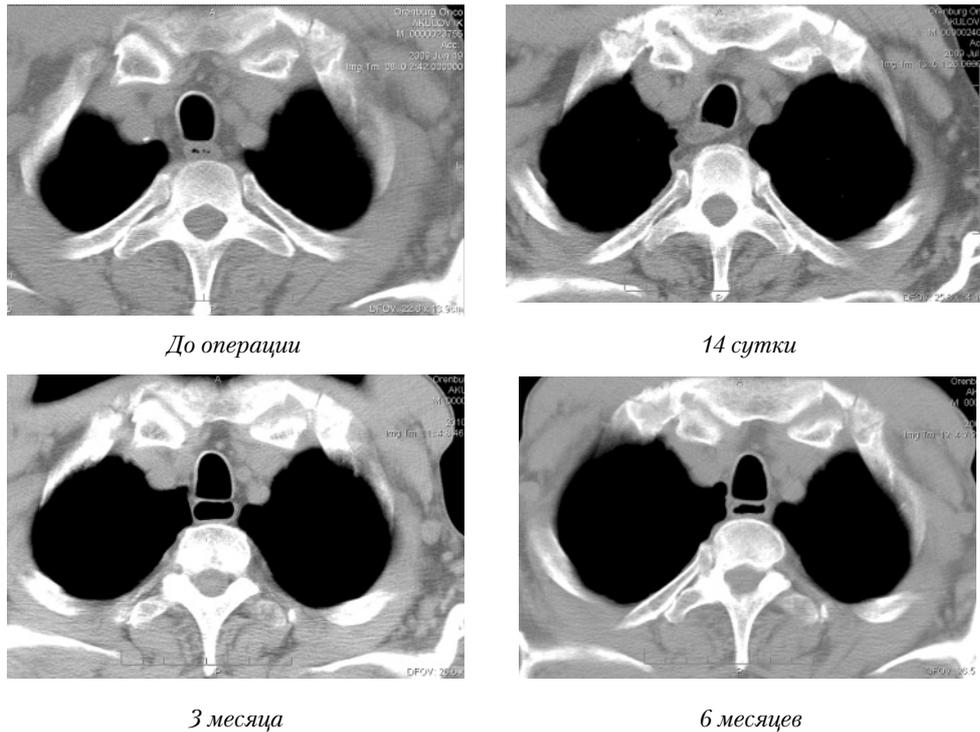


Рис.1. КТ-граммы после операции типа Льюиса I уровень (грудино-ключичного сочленения).

2–4 мм вправо, расположение от грудины не меняется в 53 % (16 случаев), составляя 12–30 мм. Относительно позвоночника положение не меняется в 50 % (15 случаев).

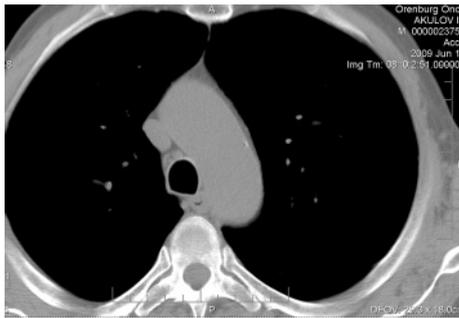
К 6 месяцам после операции типа Льюиса размеры трахеи не меняются в 78 % (23 случаев), уменьшаются в 12 % (4 случая), увеличиваются в 10 % (3 случая), составляя в среднем 26–30 мм. Расположение трахеи относительно срединной плоскости не меняется в 88 % (26 случаев) составляя в среднем 4–6 мм вправо, расстояние от грудины не меняется в 85 % (25 случаев), составляя 11–28 мм. Относительно позвоночника положение не меняется в 67 % (20 случаев).

На уровне середины дуги аорты на 14 суток после операции размеры трахеи увеличиваются в 47 % (16 случаев), уменьшаются в 30 % (9 случаев), не изменяются в 23 % (7 случаев), составляя в среднем 17 x 22 мм. Расположение трахеи относительно срединной плоскости не меняется в 40 % (12 случаев) в среднем на 5–7 мм вправо от срединной плоскости, ближе к грудины в 70 % (21 случай), составляя 31–70 мм, дальше от позвоночника в 70 % (20 случаев) составляя в среднем 13–27 мм.

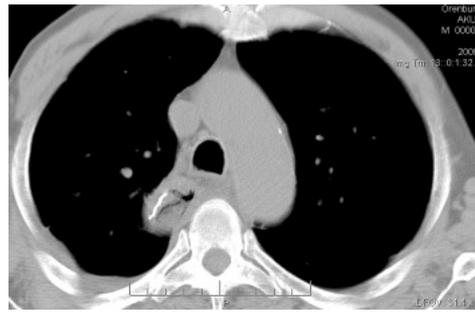
Через 3 месяца после операции размеры трахеи не меняются в 70 % (20 случаев), увеличиваются в 20 % (7 случаев), уменьшаются в 10 % (3 случая), составляя в среднем 22 x 25 мм. Располагается относительно срединной плоскости левее в 40 % (12 случаев) в среднем 6–8 мм вправо, дальше от грудины в 60 % (18 случаев), составляя 34–70 мм, ближе к позвоночнику в 50 % (15 случаев), составляя в среднем 5–28 мм.

Через 6 месяцев размеры трахеи не меняются в 74 % (22 случая), увеличиваются в 3 % (1 случай), уменьшаются в 23 % (7 случаев), составляя в среднем 21 x 24 мм. Расположение трахеи относительно срединной плоскости не меняется в 57 % (17 случаев) в среднем 4–11 мм вправо, расстояние от грудины не меняется в 40 % (12 случаев), составляя 35–68 мм. Относительно позвоночника положение не меняется в 43 % (13 случаев) составляя в среднем 10–28 мм.

На уровне бифуркации трахеи на 14 суток после операции типа Льюиса передне-задний размер ее не меняется в 57 % (17 случаев), уменьшается в 23 % (7 случаев), увеличивается в 20 % (6 случаев), составляя в среднем 10–19 мм. Бифуркация трахеи располагается ближе к грудины в 80 % (24 случая), составляя 42–83 мм, и дальше от позвоночника в 63 % (19 случаев), составляя в среднем 12–26 мм.



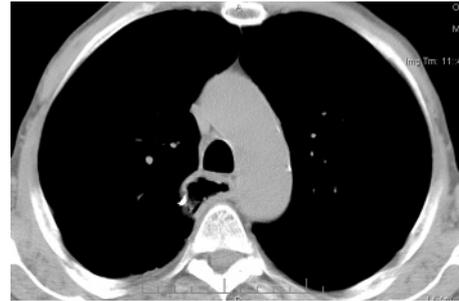
До операции



14 суток

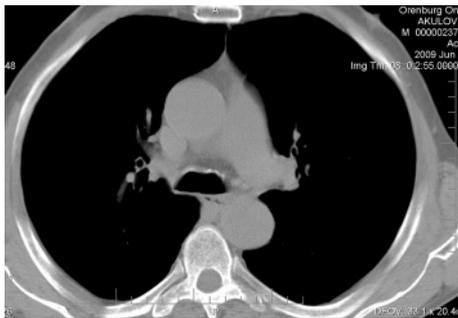


3 месяца

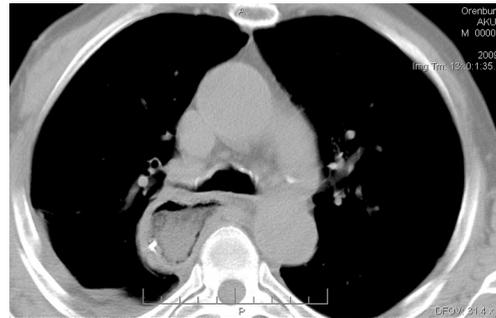


6 месяцев

Рис. 2. КТ-граммы после операции типа Льюиса II уровень (середины дуги аорты).



До операции



14 суток



3 месяца



6 месяцев

Рис. 3. КТ-граммы после операции типа Льюиса III уровень (бифуркации трахеи).



Через 3 месяца после операции типа Льюиса передне-задний размер бифуркации трахеи не меняется в 75 % (22 случая), увеличивается в 15 % (5 случаев), уменьшается в 10 % (3 случая), составляя в среднем 10–18 мм. Располагается ближе к грудины в 77 % (23 случая), составляя 50–95 мм. Относительно позвоночника расстояние уменьшается в 50 % (15 случаев), составляя в среднем 13–30 мм.

Через 6 месяцев передне-задний размер бифуркации трахеи не меняется в 90 % (27 случаев), увеличивается в 10 % (3 случая), составляя в среднем 10–18 мм. Расстояние от грудины не меняется в 50 % (15 случаев), составляя 50–97 мм. Относительно позвоночника положение не меняется в 57 % (17 случаев), составляя в среднем 14–20 мм.

Заключение. Из анализа выше указанных данных следует, что размеры грудного отдела трахеи после операции типа Льюиса увеличиваются (кроме бифуркации трахеи), она располагается правее относительно срединной плоскости, ближе к грудины и дальше от позвоночника. Наибольшие изменения размеров и топографии трахеи происходят к 14 суткам после операции, к 3 месяцам расположение ее стабилизируется и в дальнейшем существенно не меняется.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ганул В. Л., Киркилевский С. И. Рак пищевода: Руководство для онкологов и хирургов. Киев, 2003. 200 с.
2. Возможности рентгеновской компьютерной томографии в оценке распространенности опухолей пищевода / А. Б. Лукьянченко [и др.] // Вестн. рентгенологии и радиологии. — 1998. — №5. — С. 11–19.
3. Тюрин И.Е. Компьютерная томография органов грудной клетки. СПб., 2003. 250 с.

Самойлов Петр Владимирович — кандидат медицинских наук, хирург-онколог высшей категории торакального отделения Оренбургского областного клинического онкологического диспансера, 460000, г. Оренбург, пр. Гагарина, 11, телефон 8-3532-33-33-14; **Рыков** Андрей Евгеньевич — заочный аспирант кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии им. С. С. Михайлова, врач рентгенолог первой категории рентгенологического отделения Оренбургского областного клинического онкологического диспансера, 460000, г. Оренбург, ул. Советская 6, телефон 8(3532)77-93-86, orgma@esoo.ru

УДК: 616.216-002.3-074

ОСОБЕННОСТИ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ РИНОСИНОСИТОМ

Д. Ю. Семенюк¹, Л. Э. Тимчук¹, Ю. К. Янов¹, А. С. Симбирцев², А. Н. Мироненко¹,
А. А. Корнеенков¹, В. Г. Конусова²

FEATURES OF THE CHEMILUMINESCENCE OF NEUTROPHIL GRANULOCYTES IN PATIENTS WITH PURULENT RHINOSINUSITIS

D. Y. Semeniuk, L. I. Timchuk, Y. K. Janov, A. S. Simbirtsev, A. N. Mironenko,
A. A. Corneencov, V.G. Konusova

¹ ФГУ СПб НИИ ЛОР Минздравсоцразвития России
(Директор — Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

² СПб НИИ «Особо чистых биопрепаратов» ФМБА России
(Директор — проф. А. С. Симбирцев)

Оценка фагоцитарной активности нейтрофильных гранулоцитов методом люминолзависимой хемилюминесценции представляет собой важный компонент анализа состояния защитных факторов при воспалении слизистой оболочки околоносовых пазух. Полиморфизм генов семейства IL-1 влияет на показатели функционального состояния фагоцитирующих клеток.

Ключевые слова: цитокины, риносинусит, полиморфизм, гены, фагоцитоз.

Библиография: 7 источников.