

ОБМЕН ОПЫТОМ

А.Б.Раднаев

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГАМАРТОВ ЛЕГКОГО

Бурятская научная группа ДНЦ ФПД СО РАМН, г.Улан-Удэ

A.B.Radnaev

SURGICAL TREATMENT OF LUNG
HAMARTOMAS

За период с 1960 по 1997 гг. в легочно-хирургическом отделении Республиканской клинической больницы им. Н. А. Семашко и отделении торакальной хирургии Бурятского филиала ДНЦ ФПД СО РАМН лечились 56 больных (47 мужчин и 9 женщин) гамартомами легкого возрасте от 15 до 72 лет, из них наибольшее количество составили от 40 до 59 лет (64,2%). У 47 пациента продолжительность заболевания составили от 1 месяца до 5 лет, лишь у 9 пациентов до 12 лет. В 52% случаев заболевание было обнаружено на профосмотрах, остальные при обращении в связи с появлением тех или иных симптомов заболеваний легких.

Результаты. Периферическое расположение имело место у 72% пациентов, центральное – у 28%. 40% больных лечились антибактериальными препаратами в противотуберкулезных учреждениях, 15% – по поводу пневмонии в общебольничных учреждениях, а остальные не лечились. Гамартомы были небольшой величины (1,5-3 см) у 85% пациентов, значительной – у 15% (4- 8 см). Больные были направлены с диагнозами: туберкулема /22/, рак легкого

/9/, киста легкого /12/, гамартома (10) и др. (3). В 42,5% наблюдений отмечены боли в груди, кашель, одышка. Основным методом в верификации диагноза являлся рентгенологический. С внедрением компьютерной томографии значительно улучшилась диагностика данной патологии.

Различные виды оперативных вмешательств проведены у 52 больным, 4 – отказались. Произведены операции: энуклеация (34), сегментарная резекция (11), лобэктомия (6), билобэктомия (1). Правильный клинический диагноз до операции был установлен у 39 больных (75%). Все больные благополучно перенесли операции, были выписаны в хорошем состоянии.

Отдаленные результаты (от 2 до 25 лет) были изучены у 35 пациентов. Хорошие результаты отмечены у 25 пациентов, удовлетворительные – у 7. Трое больных умерли от прогрессирования хронического бронхита, 2 – сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, гамартома легкого является редким заболеванием, представляющим значительные трудности в диагностике. Своевременное оперативное лечение обеспечивает благоприятные непосредственные и отдаленные результаты.



В.П.Гапонцев, В.П.Минаев, А.М.Пантелеев, Ю.А.Пинский, И.Э.Самарцев

ПОРТАТИВНЫЙ ЛАЗЕРНЫЙ СКАЛЬПЕЛЬ-КОАГУЛЯТОР «ЛАЗОН-10-П»

*ГУП «ФНПЦ «Прибор» г.Москва, НТО «ИРЭ-Полюс» г.Фрязино*V.P.Gapontsev, V.P.Minaev, A.M. Panteleev,
Yu.A. Pinsky, I.E. SamartsevPORTABLE LASER COAGULATOR
SCALPEL "LAZON-10-P"

По завершении технических и клинических испытаний Комитет по новой медицинской технике реко-

мендовал к серийному производству и применению в медицинской практике лазерный портативный скальпель-коагулятор «Лазон-П». В качестве источника рабочего излучения в аппарате используются 6 лазерных диодов с длиной волны $0,97 \pm 0,01$ мкм, излучение которых суммируется в единое подводимое к выходному разъему волокно. При этом максимальная

мощность излучения на разъеме составляет величину не менее 10 Вт, а ресурс работы превышает 10 000 часов. В это же волокно вводится зеленое излучение лазера-целеуказателя, в качестве которого используется лазерный модуль производства «Компакт-Лазер».

Выбор использованной длины волны был обусловлен наличием в районе 0,97 мкм локального максимума поглощения находящейся в биоткани воды (рис.), благодаря которому достигается большая эффективность воздействия по сравнению с широко применяемыми лазерами на гранате с неодимом, снижается зависимость характера воздействия от типа ткани и уменьшается повреждение подлежащих тканей. Используемое зеленое излучение лазера-целеуказателя контрастно выделяется на фоне красных тканей и хорошо пропускается светофильтрами защитных очков.

Микропроцессорный блок управления позволяет осуществлять регулировку выходной мощности

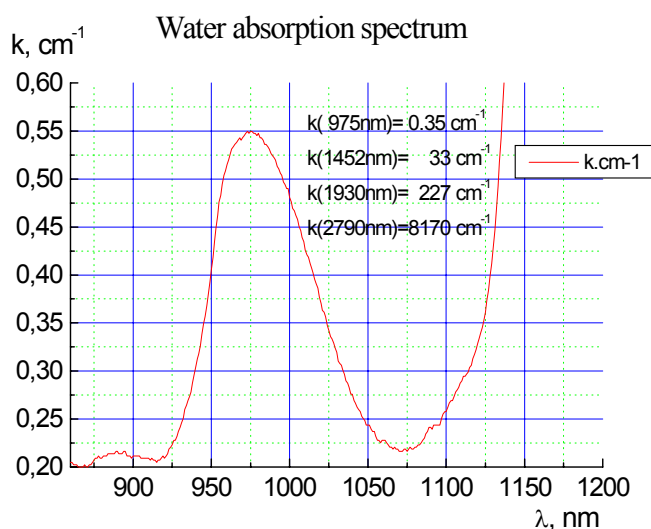


Рис. Зависимость поглощения воды от длины волны излучения.

излучения и с помощью встроенных индикаторов контролировать ее значение на оптическом разъеме и дистальном конце волоконного инструмента.

В процессе исследований и испытаний с установкой использовались различные сменные волоконные инструменты. Оптимальным для работы оказался волоконный инструмент с кварц-кварцевым или кварц-полимерным волокном с диаметром светонесущей жилы 400...600 мкм. При меньшем диаметре возрастает вероятность поломки волокна в процессе операции, при большем диаметре волокно становится недостаточно гибким. При надлежащем выборе материала светонесущей жилы суммарные потери на разъеме и в волокне не превышали 20%.

Установка может комплектоваться световодами с плоским дистальным концом (для контактного и бесконтактного воздействия на биоткань) или микролинзой, выполненной на дистальном конце.

Для удобства работы в комплект аппарата входит ручной держатель со сменными наконечниками различных форм. При эндоскопических и лапароскопических операциях волоконные инструменты используются без ручного держателя и вводятся в эндоскоп через инструментальный канал.

Клинические испытания опытных образцов проводились в РГМУ на кафедре ЛОР-болезней педиатрического факультета на базе ЛОР отделения Морозовской детской клинической больницы (проф. Т.И.Гарашенко), в Московском онкологическом клиническом диспансере (проф. А.М.Сдвижков, зав.отделением эндоскопии А.И.Черный) и в Московском научно-исследовательском институте им. П.А.Герцена (проф. В.О.Ольшанский). За время клинических испытаний с использованием аппарата было выполнено более 150 операций, подтвердивших, что разработан надежный и удобный инструмент для врачей.

Авторы выражают признательность А.М.Ткачук за предоставленные данные по поглощению лазерного излучения в воде.

