

зование сохранных операций при локализованной форме остеогенной саркомы в сочетании с химио- и химиолучевой терапией позволяет сохранить больному функционирующую конечность, при этом значительно улучшаются отдаленные результаты лечения.

Применение эндопротезирования при первичных костных опухолях является перспективным и значительно сокращает сроки реабилитации больных по сравнению с таковыми при костной аллопластике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зацепин С. Т. Сохранные операции при опухолях костей. — М., 1984.
2. Сиваш К. М., Шерепов К. М., Морозов Б. П. и др. // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. — М., 1978. — Вып. 18. — С. 3—7.
3. Cutler S. J., Ederer F. // J. chron. Dis. — 1958. — Vol. 8. — P. 699—712.

Поступила 18.11.89

PRESERVING OPERATIONS IN PRIMARY BONE TUMOURS

N. N. Trapeznikov, A. T. Amiraslanov, L. A. Yermolina, P. A. Sinyukov, S. D. Scherbakov

This article presents the results of treatment of 248 patients with primary bone cancer, who underwent wide segmental resection with knee and shoulder joints endoprosthetics. 227 patients had got endoprosthesis of knee joint of different production ("LINK" W. Germany, "POLDI" CSFR and Sivash endoprosthesis). 21 patients had got endoprosthesis of shoulder joint ("POLDI" and Zatselin endoprosthesis). This article describes in detail surgery techniques of preserving operations with endoprosthetics. 154 osteosarcoma patients received combined treatment, including preoperative intraarterial chemotherapy, radiotherapy, preserving surgery and postoperative preventive chemotherapy, 5-year survival in osteosarcoma patients was 35,5 %. Moreover, in cases when preoperative chemoradiotherapy resulted in stage IV of tumour damage, 57,9 % of patients have 5-year disease-free survival. 31 (12,5 %) of 148 patients had complications of different types [22 pts. (70,9 %) — of infectious character]. Functional results were estimated in 211 patients ("excellent" — 48, "good" — 100, "satisfactory" — 49, "unsatisfactory" — 14).

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1990

УДК 616.33.006.6-07.

Д. В. Комов, О. Н. Ефимов, Ю. П. Кувшинов, А. М. Нечипай, И. Г. Комаров

ПРЕОПЕРАЦИОННАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МАРКIROВКА РАННИХ ФОРМ РАКА ЖЕЛУДКА

НИИ клинической онкологии

Успехи в лечении рака желудка, являющегося одной из главных причин смертности от злокачественных опухолей, связаны в первую очередь с улучшением его ранней диагностики, что стало возможным благодаря внедрению в клиническую практику эндоскопических методов обследования. В последние годы оперативному лечению все чаще подвергаются пациенты с ранними формами рака желудка. С помощью фиброгастроскопа зачастую удается распознать опухоль на самых ранних этапах развития, когда ее размеры не превышают 0,5 см и поражена только собственно слизистая оболочка, а возможность прицельной биопсии в этих случаях позволяет своевременно верифицировать диагноз. В этой связи следует отметить определенные трудности, возникающие

у хирургов во время операции. Это относится к тем случаям, когда операция предпринимается по поводу микроскопического рака на фоне здоровой слизистой оболочки желудка или гастрита. Обычно патологические участки не определяются пальпаторно, не изменена и серозная оболочка [1].

В таких ситуациях невозможно определить оптимальный объем резекции желудка, отсутствует уверенность в том, что она является радикальной и выполнена в соответствии с онкологическими принципами. Для точного определения локализации опухоли и установления объема резекции желудка приходится прибегать к фиброгастроскопии в процессе операции. Эндоскопист во время исследования подводит эндоскоп к патологическому очагу и дистальным концом указывает хирургу его локализацию, при этом хирург производит пальпацию стенок желудка снаружи через операционную рану. Используется также метод интраоперационной эндоскопической прямой и обратной трансиллюминации.

Во Всесоюзном онкологическом научном центре АМН СССР в отделении эндоскопии разработан универсальный способ предоперационной эндоскопической маркировки ранних форм рака желудка. Способ заключается в следующем: больному непосредственно перед операцией или за сутки до нее выполняется эндоскопическое исследование. Патологический очаг визуализируется, и через биопсийный канал эндоскопа к нему подводится инъекторная игла. Затем по окружности опухоли делают вколы иглой и под давлением в слизистую оболочку вводится спиртовой раствор метиленового синего или туши до полного окрашивания патологического очага. Во время операции при ревизии желудка на его стенке отчетливо визуализируется участок, окрашенный красителем, указывающий локализацию опухоли, что позволяет выбрать оптимальный объем оперативного вмешательства.

Предложенный способ надежен, эффективен, позволяет сократить продолжительность оперативного вмешательства, исключает необходимость выполнения интраоперационной фиброгастроскопии. Способ успешно применен в ходе хирургического лечения 6 больных раком желудка, получено удостоверение на рационализаторское предложение в ВОНЦ АМН СССР [2].

ЛИТЕРАТУРА

1. Ранняя онкологическая патология / под ред. Б. Е. Петерсона // М., 1985. — С. 253—254.
2. Удостоверение на рационализаторское предложение № 114 от 25.03.88 г. ВОНЦ АМН СССР.

Поступила 18.12.89

PREOPERATIVE ENDOSCOPE MARKING IN EARLY FORMS OF STOMACH CANCER

D. V. Komov, O. N. Ephimov, Yu. P. Kuвшinov, A. M. Nechipay, I. G. Komarov

The method of precise localization of early stomach cancer, which is not determined with the palpation and visually, in the course of operation by means of gastroscope in the way of marking the day before surgery is presented in this paper.