

содержимого, близкого к жидкостному, иногда наличием отека по периферии. При УЗИ абсцессы были гипоехогенными, с бесструктурным участком в центральной части, с формированием впоследствии эхогенной полости с жидкостью. Цветовое доплеровское картирование, энергетический доплер, эхоконтрастное усиление показали бессосудистость паразитарной кисты, плавное оттеснение сосудов по периферии. При абсцессах у 26% пациентов определялись цветочные пятна, главным образом перикистозно, где при спектральном анализе регистрировался венозный тип кровотока. В 6 случаях встретились диагностические трудности, когда отсутствовал симптом «усиления» и внутри кисты содержались эхопозитивные структуры. При КТ-исследовании абсцессы имели пониженную плотность, либо плотность жидкости (10-20 ед.Н), при МРТ – высокий сигнал в T2- и пониженный в T1-взвешенном изображении. Зона отека вокруг абсцесса отчетливо визуализировалась при МРТ, что помогло дифференцировать абсцесс с кистами и гемангиомами. После внутривенного усиления при КТ и МРТ накопление контрастного вещества происходило в области капсулы и вокруг образования, полость абсцесса контраст не накапливала. Максимальное значение общей диагностической точности КТ – параметров достигало 88,2% (усиление плотности стенок образования при внутривенном контрастировании), а специфичности – 94,8% (резко гиподенсный характер образования), МРТ – параметров 90,8% и 97,3% соответственно. Эффективность пункционных дренажных вмешательств при УЗИ составила 93%. Осложнения наблюдались у 2 (4,2%): желчеистечение-1, дислокация и выход дренажа из полости абсцесса-1. Срок дренирования 13-27 дней. Летальных исходов не было.

**Выводы.** Таким образом, поиск и верификацию очага в печени следует начинать с УЗИ, которое обладает высокой информативностью и неинвазивностью. Чрескожная пункция и дренирование абсцессов и кист печени под контролем УЗИ, является альтернативой травматическому хирургическому вмешательству и этапом предоперационной подготовки. Интервенционная сонография должна шире применяться в неотложной хирургии бактериальных абсцессов и кист печени.

### **ВЛИЯНИЕ СПЛЕНЭКТОМИИ НА ЧАСТОТУ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА**

*И.И. Ена, Н.А. Шаназаров*

ОКБ, г. Томск, Россия  
Тюменская ГМА, г. Тюмень, Россия

В настоящее время хирургическое лечение при раке желудка (РЖ) является основным радикальным методом лечения, обязательно включающим лимфодиссекцию различного объема. При этом лимфодиссекция при РЖ, по-прежнему, остается предметом постоянных дискуссий. По-прежнему остро стоит вопрос целесообразности спленэктомии, как компонента расширенной лимфодиссекции, а также влияние спленэктомии на послеоперационное течение и отдаленные

результаты, что и определяет актуальность нашего исследования.

**Цель исследования:** сравнительный анализ характера и частоты развития послеоперационных осложнений после расширенной гастрэктомии со спленэктомией и без спленэктомии.

**Материал и методы.**

Влияние спленэктомии на частоту послеоперационных осложнений изучено на основе результатов хирургического лечения 120 больных раком желудка. Все обследованные больные были разделены на 2 группы в зависимости от объема хирургического лечения. 1 - основную группу - составили 60 больных, подвергшихся расширенной гастрэктомии со спленэктомией при хирургическом лечении рака желудка. 2 - контрольную группу - составили также 60 больных, которым была выполнена расширенная гастрэктомия без спленэктомии. По всем прогностическим параметрам обе группы были идентичными, так как при отборе больных мы руководствовались принципом сопоставимости групп, что позволяет объективно оценить проведенные методы лечения.

**Результаты исследования.** Достоверных различий по частоте и характеру послеоперационных осложнений как после расширенной гастрэктомии со спленэктомией, так и после гастрэктомии без спленэктомии нами получено не было. Мы считаем, что расширение объема операции до спленэктомии не влияет на частоту несостоятельности швов пищеводно-кишечного анастомоза, развитие поддиафрагмальных абсцессов и легочно-плевральных осложнений - частота их была достаточно низкой и идентичной частоте как после расширенной гастрэктомии со спленэктомией, так и в контрольной группе. Низкую частоту одного из наиболее частых и специфических осложнений расширенных операций со спленэктомией - развитие поддиафрагмальных абсцессов - мы объясняем более тщательным гемостазом, неоднократной санацией брюшной полости антисептическими растворами на различных этапах операции, а также применением в основной группе больных разработанного нами метода дренирования левого поддиафрагмального пространства после спленэктомии. Известно, что основным критерием в оценке эффективности любого вида лечения, определяющего его состоятельность, является продолжительность жизни больных, т.е. отдаленные результаты. В наших исследованиях выживаемость больных, которым произведена спленэктомия, и в группе оперированных без спленэктомии, не имела существенных различий, что может служить свидетельством правильной постановки показаний к выполнению спленэктомии при хирургическом лечении рака желудка.

**Выводы.**

Показания к спленэктомии необходимо решать индивидуально с учетом прогностических факторов. Несмотря на практически одинаковую одногодичную выживаемость в сравниваемых группах, трехлетняя выживаемость в группе со спленэктомией достоверно ниже, чем в спленосохранной группе. Предложенный нами способ дренирования левой поддиафрагмальной области после спленэктомии с резекцией хвоста под-

желудочной железы более адекватно обеспечивает отток экссудата из ложа селезенки и снижает частоту гнойно-воспалительных процессов.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЁГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ НАЧАЛА ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ**

*Б.Т. Жусупова, Н.А. Шаназаров*

Онкологический диспансер, г. Астана, Казахстан  
Тюменская ГМА, г. Тюмень, Россия

Известно, что мелкоклеточный рак легкого (МРЛ) характеризуется ускоренным ростом опухолевых клеток и, как следствие, высоким потенциалом метастазирования. Этот факт обеспечивает начальную чувствительность опухоли к цитостатикам, лучевому лечению, что и определяет выбор терапевтической тактики. Было показано, что проведение одной только химиотерапии в лечении пациентов с локализованным МРЛ сопровождается высоким количеством местных рецидивов - более чем у 75%. Дополнительное назначение лучевой терапии приводит к значительной, от 30% до 60%, редукции риска интраторакальных рецидивов болезни. Выбор оптимального времени начала проведения лучевой терапии (ЛТ) относительно химиотерапии остаётся до сих пор не решённым, как и вопрос о выборе дозы и режиме фракционирования лучевой терапии. Агрессивное противоопухолевое воздействие вызывает необходимость оптимизации схем полихимиотерапии, доз препаратов с целью уменьшения токсичности лечения.

Цель исследования: внедрить и оценить эффективность химиолучевого лечения мелкоклеточного рака лёгких в зависимости от времени начала лучевой терапии при проведении одновременного химиолучевого лечения.

Материал и методы: 139 больным с ограниченной стадией МРЛ было проведено не менее 4-6 циклов химиотерапии в сочетании с лучевой терапией. Обязательным условием для включения пациента в исследование было наличие морфологической верификации опухолевого процесса. Всем больным проводилась также лучевая терапия. Основное отличие между изучаемыми группами заключалось во времени начала проведения облучения опухоли по отношению к химиотерапии. Так, в группе I дистанционная гамма-терапия осуществлялась одновременно с лекарственным лечением, в группе II лечение выполняли последовательно, после завершения химиотерапии и купирования токсических реакций.

Результаты исследования.

Результативность химиолучевого лечения в обеих группах оказалась высокой. Показатели общей эффективности находились в пределах 70-80%, различия были статистически недостоверны. Частота полных ответов на лечение оказалась незначимо выше в группе раннего начала лучевой терапии, чем при её отсроченном проведении. Как известно, проведение одно-

временного химиолучевого лечения сопровождается более высокой токсичностью по сравнению с последовательными режимами. Нами так же отмечено увеличение частоты токсических реакций при раннем начале ЛТ в комбинации с химиотерапией. Обращает на себя внимание зависимость возникновения нежелательных явлений от варианта последовательности проведения ЛТ и ХТ. Так, наименьшая токсичность зарегистрирована в группе последовательного проведения ЛТ и ХТ. Лечение сопровождалось достоверным увеличением осложнений в группе раннего проведения ЛТ одновременно с ХТ.

Выводы.

Одномоментное проведение химиотерапии и лучевого лечения в составе комплексного лечения пациентов с ограниченным мелкоклеточным раком лёгкого увеличивает эффективность терапии при одновременном повышении частоты токсических реакций.

## **ПРОФИЛАКТИКА ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКОЙ БЛИЗОРУКОСТЬЮ**

*А.М. Кадырова, Ф.Р. Ибадуллаев,  
С.А. Бабаев, З.И. Закирова*

Самаркандский ГМИ, г. Самарканд, Узбекистан

E-mail авторов: Farruh\_lafe@bk.ru

Проблема профилактики отслойки сетчатки до сих пор актуальна и тесно связана с компетентной диагностикой периферической витреохориоретинальной дистрофии (ПВХРД) сетчатки. По статистике, ПВХРД развивается у 30-40% миопов. Выбор правильной тактики при витреохориоретинальных нарушениях дискутируется и меняется по мере появления новых технических возможностей.

Цель исследования: анализ частоты патологии, требующий профилактического лечения лазеркоагуляции сетчатки, детальное исследование периферических отделов сетчатки, ранняя диагностика ПВХРД с целью профилактики возникновения отслойки сетчатки.

Материал и методы.

Нами было обследовано 50 пациентов (100 глаз) с врожденной миопией от 18,0 до 24,0 дптр. Возраст больных составил 18-30 ( $21,75 \pm 0,65$ ) лет. Мужчин было – 11, женщин – 39. При обследовании пациентов использовались следующие диагностические методы: визометрия, скиаскопия, биомикроскопия, прямая и обратная офтальмоскопия. Периферические отделы глазного дна осматривались с помощью 3-х зеркальной линзы Гольдмана.

Результаты исследования.

Картина глазного дна была разнообразной: на 65 глазах (65 %) отмечено наличие миопического конуса, на 20-и глазах (20%) – атрофия хориокапиллярного слоя хориоидеи, на 79-и глазах (79%) обнаружены пигментированные хориоретинальные очаги.

ПВХРД сетчатки выявлены у 36-и больных на 39 глазах (39% от общего количества обследованных глаз). У 3-х (8,3%) больных изменения носили биноку-