

Количество торакоскопических вмешательств год от года растёт, увеличивается доля операций, выполняемых закрыто, без миниторакотомии, что обусловлено накоплением опыта, совершенствованием оперативной техники и материально-технического обеспечения.

Все выполненные видеоторакоскопические операции в зависимости от морфологического диагноза разделились следующим образом (табл. 2).

Таблица 2

Диагноз	п	%
Злокачественные опухоли и метастазы	49	66
Рак молочной железы, парастернальная лимфодиссекция	17	
Саркоидоз	63	40
Неспецифические воспалительные изменения	5	3
Туберкулез	10	6
Доброкачественные опухоли лёгких и средостения	14	8,5
Внутриплевральные кровотечения	3	1,5
Всего	161	100

Интраоперационное осложнение мы получили в одном случае (кровотечение), была выполнена торакотомия (конверсия), остановка кровотечения, в последующем больной поправился.

В послеоперационном периоде мы наблюдали следующие осложнения:

1. В одном случае развилась релаксация диафрагмы, возможно в результате травмы диафрагмального нерва.

2. В одном случае возникла послеоперационная пневмония в зоне резекции лёгкого.

3. Трижды мы лечили послеоперационный плеврит.

4. В одном случае, после биопсии лёгкого по поводу метастазов рака почки, возникла тромбэмболия легочной артерии. Больная умерла.

Таким образом, количество осложнений – 5 (3,1%).

Средний койко-день у видеоторакоскопически оперированных больных составил – 13,1, а предоперационный – 3,1. Это значительно меньше, чем у больных, которые оперируются стандартно: койко-день 20, предоперационный – 6.

Наш опыт ещё раз доказывает несомненные достоинства эндоскопической хирургии – малая травматичность, низкая частота осложнений, небольшая потребность в медикаментозном обеспечении, уменьшение продолжительности реабилитации больных, хороший косметический эффект.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЛИМФОМЫ. КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЙ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА

*К.А. Иванов, М.В. Ростовцев, А.А. Ваганов,
О.А. Гладков, Я.Ю. Моисеева*

Челябинская ОКБ, Уральская ГМАДО
ЧОКОД, г. Челябинск

Злокачественные лимфомы (ЗЛ) в настоящее время составляют 5% от всех онкологических заболеваний. Решающее значение в установлении диагноза ЗЛ имеет гистологическое исследование измененной лимфоидной ткани.

Для определения тактики лечения установленные стадии заболевания имеют не меньшее значение, чем морфологическая форма заболевания. В оценке распространенности злокачественного процесса ведущее место отводится методам лучевой диагностики.

Нами проведена сравнительная оценка возможностей современных методов лучевой диагностики в выявлении поражения костного мозга и скелета у пациентов со ЗЛ за 2004-2008 годы. Проанализированы результаты обследования и лечения 48 пациентов в возрасте от 5 до 67 лет. Из них больных лимфогранулематозом (ЛГМ) было 30, неходжкинской лимфомой — (НХЛ) 18 пациентов. Поражение костного мозга и костей скелета выявлено у 7 пациентов. Из них 5 пациентов страдали лимфогранулематозом, 2 – неходжкинской лимфомой. В 3 случаях мы не имели возможности проводить динамические исследования костной системы из-за генерализации процесса и смерти пациентов в течении 2-3 месяцев после обнаружения патологических изменений. У 3 пациентов проводились исследования костной системы в динамике. У всех больных диагноз подтвержден при гистологическом исследовании и с помощью методики иммунофенотипирования.

Спиральную компьютерную томографию (СКТ) грудной клетки и брюшной полости проводили всем пациентам при первичном обследовании для оценки степени распространенности лимфомы и определения стадии заболевания. При этом в каждом случае помимо оценки состояния лимфоузлов и паренхиматозных органов прово-

дилась оценка состояния костной ткани в режиме костного окна (WW: 2000; WL: 350). Проведение такой оценки позволило выявить костные поражения у 3 пациентов, которые были подтверждены данными МРТ. В СКТ-признаки поражения позвоночника входило наличие мягкотканого образования (32-48 HU), распространяющегося в паравerteбральные мягкие ткани, вызывающего краевую деструкцию костной ткани, реже разрушение всего тела позвонка. У 2 пациентов процесс сопровождался поражением регионарной лимфоидной ткани. У одного больного выявлена распространенная костная деструкция без мягкотканого компонента и поражения регионарных лимфоузлов. На следующем этапе при клиническом подозрении на метастатическое поражение костей при лимфомах, выполнялась сцинтиграфия костной системы для выявления изменений в других ее отделах.

Не выявленные ранее поражения костной системы были выявлены нами при применении данного метода у 4 пациентов. Основным сцинтиграфическим признаком вовлечения костной ткани явилось интенсивное накопление радиофармпрепарата в очаге поражения по типу «горячего очага». У 2 пациентов при проведении МРТ были выявлены изменения характерные для ЗЛ. У остальных 2 пациентов по результатам МРТ обнаружены дегенеративные изменения с признаками спондилодисцита. При наличии у пациентов очаговой спинальной симптоматики всем больным была проведена МРТ заинтересованного отдела позвоночника. Проведение МРТ позволило получить дополнительную информацию об опухолевом компоненте, распространяющемся в позвоночный канал и оценить степень компрессии спинного мозга. У 4 пациентов только проведение МРТ по клиническим показаниям позволило выявить поражение позвонков. СКТ-картина у данных больных была интерпретирована как норма, либо проявление дегенеративных изменений.

Исследования костной системы в динамике проводились по клиническим показаниям 4 пациентам для оценки эффективности терапии, а также для контроля за состоянием ремиссии. Всем указанным пациентам мы проводили МРТ и СКТ грудной и брюшной полостей. Во время проведения СКТ все полученные изображения в обязательном порядке оценивались в режиме «костного окна». У 2 пациентов была отмечена положительная МР-динамика после курсов терапии. Мы не отметили существенных различий в МР-семиотике костных и мягкотканых поражений при ЛГМ и НХЛ. Патологическая ткань имела преимущественно сниженный сигнал на T₁ и повышенный сигнал на T₂ – взвешенных изображе-

ниях. При узловой форме в телах позвонков определялись локальные участки снижения интенсивности сигнала на фоне неизмененного костного мозга.

Выводы:

1. Обследование пациентов со злокачественными лимфомами методами лучевой диагностики должно обеспечить получение информации о наличии новообразования, уточнение его локализации, степени распространенности и динамический контроль за патологическим процессом до и после лечения.

2. При проведении СКТ грудной клетки и брюшной полости больным злокачественными лимфомами необходимо проводить оценку костной ткани в режиме «костного окна» с использованием тонких томографических срезов и полиплоскостных реконструкций.

3. МРТ имеет значительные преимущества в выявлении поражения костной системы, позволяет объективно выявить характер и наличие опухоли, дает точную информацию о наличии и структуре опухолевого компонента, особенно в оценке его распространенности в позвоночный канал и степени компрессии спинного мозга.

4. В случаях поражения костной системы по данным остеосцинтиграфии, при наличии клинических проявлений, даже при отсутствии изменений при СКТ необходимо выполнять магниторезонансную терапию соответствующей области.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОЛИТОВ КРОВИ ПРИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ЭНТЕРАЛЬНОМ ПИТАНИИ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

Р.Б. Иванов, В.В. Кутуков

Астраханская ГМА
Астраханский ООД

Многолетний отечественный и зарубежный опыт, основанный на использовании современных технологий интенсивного комплексного лечения больных, свидетельствует о том, что в стратегии лечебных мероприятий у больных хирургического профиля одно из центральных мест занимают коррекция метаболических расстройств, устранение нарушений гомеостаза, адекватное обеспечение энергетических и пластических потребностей организма.

Причинами высокой летальности при хирургических операциях на желудке являются несостоятельность швов гастроэнтеро- и эзофагоэноанастомоза, также большое значение имеет нарастание явлений гипопроteinемии, азотемии,