

дом удалось идентифицировать, отмечен выраженный лекарственный патоморфоз, четко определить тип ЛГМ не представлялось возможным.

На основании нашего опыта мы считаем, что биопсийную диагностику при лимфомах средостения следует начинать с пункционных методов биопсии. Выбор метода пункции определяется рентгенологической и бронхоскопической симптоматикой. Пункционный биоптат при наличии в нем информативного цитологического материала можно считать адекватным и достаточным для диагноза. При неинформативности пункционных методов показаны хирургические методы диагностики. Оптимальными в данной сфере следует считать малоинвазивные эндоскопические хирургические вмешательства с видеоподдержкой.

Подчеркнем очевидные преимущества этих операций в диагностике медиастинальных лимфом: 1. Малая травматичность. 2. Обеспечение адекватного биоптата. 3. Точная визуальная, подтверждаемая биопсией оценка распространенности процесса в средостении и грудной полости. 4. Возможность прицельной биопсии из нескольких участков опухоли. 5. Возможность выполнения вмешательства в условиях синдрома верхней полой вены.

ХИРУРГИЯ РАКА ЛЕГКОГО. СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА

И.Я. Мотус, М.Л. Шулутко, С.Н. Скорняков, А.В. Неретин, А.В. Денисов

Уральский НИИ фтизиопульмонологии,
Противотуберкулезный диспансер, г. Екатеринбург

Общеизвестные события в экологической, экономической и социальной сферах, происходящие в последние годы, оказали отрицательное влияние на заболеваемость, а также на состояние с диагностикой и лечением рака легкого (РЛ). Значительно снизилась эффективность профилактической флюорографии, труднодоступным для многих людей, увы, стало обычное обращение в поликлинику, где можно было бы обеспечить элементарное обследование. Заболеваемость РЛ возросла до 51,5 на 100 тыс. населения. В то же время, резектабельность не превышает 3% к числу больных РЛ, регистрируемых по Екатеринбургу и области.

За последнее пятилетие двадцатого века в Клинике легочной хирургии по поводу РЛ оперировано 1046 больных. Из них радикально – 801 человек, у остальных выполнены пробные торакотомии или хирургические диагностические вмешательства, констатировавшие запущенность опухолевого процесса. Таким образом, резектабельность к числу оперированных составила 76,6%.

Послеоперационные осложнения отмечены у 119 (11,4%) больных. Структура послеоперационных осложнений претерпела за последние годы определенные изменения. Так, преобладающие в 70-80 годы гнойные бронхо-плевральные осложнения снизились с 8,6 до 4,4%. Это явилось результатом комплекса мер, принимавшихся в клинике с целью профилактики данных осложнений. Проведена работа по изучению различных методик ушивания культи главного бронха при пневмонэктомии, и мы пришли к достаточно простому и эффективному варианту ушивания культи «хрящ к хрящу» с обязательной плевризацией культи. Неукоснительно соблюдается бронхоскопический контроль за состоянием культи и при необходимости проводятся лечебные бронхоскопии. Также осуществляется контроль заполнения плевральной полости экссудатом, включающий цитологический анализ клеточных элементов в плевральной жидкости с эвакуацией экссудата при нарастающем нейтрофилезе с подключением санационных процедур. Разумеется, проводится антибактериальная профилактика по соответствующим схемам с применением антибиотиков последних поколений.

Стабильным остается в последние годы процент функциональных осложнений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы – 3,3%. Мы склонны объяснить это двумя причинами. Во-первых, возросло среди оперируемых больных до 67,8% число лиц, обреме-

ненных современным «букетом» сопутствующих заболеваний: хронический обструктивный бронхит, ИБС, гипертоническая болезнь, сахарный диабет. Во-вторых, в силу известных материальных обстоятельств не всегда имеется возможность полноценно проводить соответствующую терапию.

Осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта (острые язвы, эрозивные гастриты) составляют 1,4%. Причем, эти осложнения не связаны с язвенным анамнезом, что подтверждается при фиброгастродуоденоскопии, проводимой у всех больных, которым планируется операция по поводу рака легкого. Существенную отрицательную роль играют здесь осложнения основного заболевания, главным образом, интоксикация, потеря массы тела.

Для улучшения непосредственных результатов радикальных операций у больных раком легкого проводится комплекс разработанных в клинике мер по оценке прогноза вмешательства, а также профилактике и лечению ранних послеоперационных расстройств гомеостаза, поскольку удалось доказать, что последние могут явиться пусковым механизмом и способствовать развитию вышеперечисленных осложнений, казалось бы, различных по своему патогенезу. К таким мерам относятся гемосорбция, малопоточная мембранная оксигенация, внутривенное лазерное облучение крови.

Благодаря всем перечисленным мерам по профилактике и раннему лечению послеоперационных осложнений общая послеоперационная летальность составила за последние 5 лет 4,3% (после пневмонэктомий – 6,2%, резекций легкого - 1,2%). Данные показатели нельзя считать низкими, но с учетом тяжести оперируемого контингента больных, очевидными трудностями в медикаментозном обеспечении радикальных операций, вполне объяснимыми.

В хирургическую практику внедрены малоинвазивные хирургические вмешательства с видеоподдержкой; в хирургии РЛ эта технология используется при медиастиноскопии и торакоскопии, применяемых для определения резектабельности опухоли (диагностика инвазии средостения, грудной стенки, диафрагмы).

Пятилетняя выживаемость среди больных РЛ, радикально прооперированных, составила в среднем 32,3%. Этот показатель стабилен за последнее двадцатилетие, как по России, так и по нашей области и отражает ситуацию с выявляемостью РЛ. Кроме уже упомянутых трудностей с диагностикой на отдаленные результаты влияют и проблемы организации лечения этих опухолей в нашей области, в частности, разобщенность хирургической и радиологической баз, а отсюда невозможность планирования комбинированного лечения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДВУХ СПОСОБОВ ВЕДЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПУЛЬМОНЭКТОМИЮ ПО ПОВОДУ РАКА ЛЕГКОГО

В.П. Потанин, В.В. Красин

Клинический онкологический диспансер, г. Казань

Хирургический метод является ведущим в радикальном лечении больных раком легкого. Несмотря на значительные достижения в легочной хирургии, частота послеоперационных осложнений (25-30%) и летальность (2,8-4,4%) остаются достаточно высокими. Это обусловлено травматичностью операций на легких, требующих значительного напряжения компенсаторных механизмов организма больного.

Наиболее частой причиной повторного вмешательства после операций на легких является раннее послеоперационное внутриплевральное кровотечение (РПВПК). В литературе освещаются различные подходы к профилактике, ранней диагностике и лечебной тактике при возникновении этого осложнения. Однако эта проблема, несмотря на длительность ее