

Возможно, это далеко не полный перечень состояний, которые могут препятствовать проведению радикального лечения онкологического пациента.

Таким образом, клиническая практика заставляет нас постепенно пересматривать роль и место врача анестезиолога-реаниматолога в комплексном лечении больных онкологической патологией, находить новые звенья сотрудничества с врачами-онкологами, увеличивать его вклад в достижении результатов клиники.

Е.В. Киселёва, А.А. Страхов

## УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

Областной онкологический диспансер

Метод ультразвукового исследования занимает важное место в комплексной диагностике поражений лимфоузлов, особенно в онкологии. Ранее метод ультразвукового исследования применялся в основном для оценки количества и размеров лимфоузлов, что являлось основным критерием в динамическом наблюдении пациентов. В настоящее время с развитием ультразвуковой аппаратуры возрастают возможности метода в дифференциальной диагностике. Улучшить диагностические возможности позволяет сочетание эхографии с доплерографией, а при необходимости с тонкоигольной биопсией под УЗ-контролем. Для того чтобы правильно определить тактику лечения пациентов с аденопатиями, необходимо знать природу процесса – доброкачественную или злокачественную.

**Цель работы** – определить роль УЗИ с доплерографией в дифференциальной диагностике поражений периферических лимфоузлов.

**Материал и методы исследования.** Всего за период с января по декабрь 2004 г. прошли УЗИ лимфоузлов 654 человека. Из них нами была выбрана группа пациентов 68 человек, направленных врачами амбулаторного звена Областного онкологического диспансера (ООД) для осуществления пункционной биопсии лимфоузла под ультразвуковым контролем. Этим пациентам после осмотра врача-онколога производилось УЗИ, дополненное исследование с помощью энергетического доплера, после чего производилась пункционная биопсия под УЗ-контролем. За основу ультразвуковой оценки были приняты следующие критерии:

1. Форма лимфатического узла (шаровидная, неправильная).
2. Соотношение поперечного и продольного диаметров лимфоузла (приближается 1:1).
3. Дифференциация в области ворот (есть/нет); структура сохранена/ не сохранена.
4. Эхогенность лимфатического узла (гипоэхогенный).
5. Тип кровотока в лимфоузле (хилусный, периферический, смешанный).

На основании УЗИ с доплерографией пациенты были поделены на три группы. Первая – с предположительно метастатическим характером поражения (29 человек), вторая – с лимфопролиферативным заболеванием (16 человек) и третья – с доброкачественной гиперплазией лимфоузлов (19 человек). Вопрос о необходимости гистологической верификации решался врачом-онкологом конкретно в каждом случае по совокупности данных методов медицинской визуализации, цитологического заключения и клинической картины.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Из 68 произведённых пункционных биопсий 64 оказались информативными, что составило 94,1%. В первую группу вошло 29 больных (45,3%). Из них у 25 (86,2%) было отмечено соответствие ультразвуковой и цитологической картины. Во вторую группу вошло 16 больных (25%). Из них совпадение заключений было у 14 (87,5%). В группу доброкачественных гиперплазий вошло 19 больных (29,7%), из них у 15 (79%) выявлено соответствие ультразвуковой и цитологической картины. Таким образом, в среднем специфичность метода составляет 84,3%.

При дальнейшей оценке полученных нами данных проводилась корреляция с имеющимися гистологическими верификациями. При оценке результатов в первой группе выяснилось, что у всех 25 больных диагноз злокачественного заболевания подтверждён гистологически, метастазы были обнаружены при УЗИ и цитологическом исследовании. Случаи расхождения были у 4 больных (13,4%). В двух случаях (6,7%) по УЗ-картине было заподозрено метастатическое поражение, после цитологического исследования высказано мнение о возможном лимфогранулематозе, который впоследствии был подтверждён гистологически. У двух пациентов (6,7%) цитологически установлена неспецифическая гиперплазия лимфоузла.

Во второй группе гистологическая верификация проводилась у 14 больных (двое отказались от предложенной биопсии). Из 14 больных совпадение ультразвуковой, цитологической и гистологической картины было у 11 (78,6%). У одного больного (7,1%) по УЗ-исследованию было дано заключение о лимфопролиферативном заболевании, после цитологического исследования заподозрен метастаз железистого рака, что подтвердилось гистологическими данными. У двух больных (14,2%) по УЗИ сложилось впечатление о лимфопролиферативном поражении, по цитологическому заключению у одного заподозрен метастаз, у другого – доброкачественная гиперплазия, гистологически установлен диагноз злокачественной лимфомы.

В группе доброкачественных гиперплазий у 15 больных (79%) совпали данные УЗИ, цитологии и клинической картины, поэтому гистологическое исследование не проводилось. Из оставшихся четырёх случаев несоответствия у двух больных расхождение было по УЗ-картине (10,5%), которая указывала на доброкачественную гиперплазию узла. Цитологическое заключение соответствовало поставленному ранее гистологически диагнозу лимфомы, и с учётом клинической картины эти случаи расценены как рецидив. В одном случае (5,2%) был заподозрен туберкулёз, и пациент направлен на дообследование в тубдиспансер. У последнего пациента (5,2%) ультразвуку-

ковая и цитологическая картины указывали на доброкачественную гиперплазию лимфоузла, а по гистологическим данным установлено метастатическое поражение.

#### Выводы

1. Метод ультразвукового обследования в режиме энергетического доплера обладает высокой диагностической чувствительностью и специфичностью. Использование его на первом этапе обследования больных является важным моментом в комплексной дифференциальной диагностике поражений периферических лимфоузлов.

2. Диагностическая чувствительность метода УЗИ с ЭДК (84,3% в среднем) в случае диагностики лимфаденопатий приравниваются к таковым при цитологическом исследовании (86% в среднем). Таким образом, с помощью метода УЗИ с ЭДК возможно добиться высокой точности дифференцировки лимфоузлов.

Е.Г. Михеева, М.Д. Федорова, Л.Я. Яблонская

### ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ФАКОМОРФИЧЕСКОЙ И ФАКОЛИТИЧЕСКОЙ ГЛАУКОМЫ

Уральская государственная медицинская академия, Областная клиническая больница № 1

Из-за опасности интраоперационных и послеоперационных осложнений имплантация интраокулярных линз (ИОЛ) до недавнего времени имела ограниченные показания при осложненных катарактах. Но значительный прогресс в технологии хирургии катаракты в последние десятилетия расширил показания к интраокулярной коррекции осложненных катаракт.

Целью нашей работы явилось изучение показаний к имплантации ИОЛ больным с факорморфической и факолитической глаукомой и анализ результатов этих операций.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находилось 165 больных факогенной глаукомой (96 женщин и 69 мужчин; в возрасте до 70 лет – 72, старше 70 лет – 93 человека), из них с приступом факорморфической глаукомы было 124 человека, с факолитической глаукомой – 41 пациент.

Большинство больных поступало в стадии затянувшегося приступа вторичной глаукомы с болевым синдромом до двух недель – 80, до одного месяца – 49 и более месяца – 35 больных.

В первые сутки после поступления в стационар больные получали разгрузочную терапию в виде гипотензивных препаратов общего и местного действия. Для решения вопроса о методике оперативного вмешательства все больные были разделены на две группы. В первой группе (84 пациента) после гипотензивной терапии внутриглазное давление снизилось до нормальных цифр (менее 26 мм рт. ст.), и больным была произведена экстракапсулярная экстракция катаракты (ЭЭК), из них 62 пациентам (74% первой группы) с имплантацией интраокулярной линзы. Во

второй группе (81 больной) внутриглазное давление снизилось под влиянием гипотензивной терапии, но осталось повышенным в разной степени. В связи с этим больным данной группы оперативное вмешательство проводилось комбинированным способом: одномоментная синустрабекулэктомия (СТЭК), ЭЭК с роговичным разрезом, предварительная задняя трепанация склеры. Имплантация ИОЛ проведена 16 пациентам (20% от числа больных второй группы).

В каждом отдельном случае вопрос об интраокулярной коррекции решался индивидуально с учетом показаний и противопоказаний.

Таким образом, имплантация ИОЛ произведена у 78 пациентов (с факорморфической глаукомой – 66 человек и факолитической – 12), что составило 47% от общей группы наблюдаемых больных (165 человек). Все больные с артефакцией приобрели предметное зрение, из них у 67 (86%) зрение хорошее от 0,1 до 1,0 и у 11 больных (14%) – менее 0,1. Все больные выписались с нормальным внутриглазным давлением (за исключением одного).

#### Выводы

Наш опыт показывает, что при таких тяжелых формах осложнений катаракты как факорморфическая и факолитическая глаукома в определенных случаях можно и нужно производить имплантацию ИОЛ.

Больше показаний к интраокулярной коррекции у больных после купирования приступа факорморфической и факолитической глаукомы и нормализации внутриглазного давления.

Имплантация ИОЛ при факорморфической и факолитической глаукоме позволяет восстановить предметное зрение (в 86% случаев от 0,1 до 1,0), а в некоторых случаях и бинокулярное.

Е.Г. Михеева, Н.А. Шалькова, А.С. Симонова

### ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ МАКУЛОДИСТРОФИЙ У УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Уральская государственная медицинская академия, Областная больница №2

В г. Екатеринбурге в 1995 г. организован Уральский региональный центр радиационной медицины для наблюдения и лечения ликвидаторов последствий аварии (ЛПА) на Чернобыльской АЭС (ЧАЭС). При офтальмологическом обследовании 4600 человек, состоящих на учете в центре, у 220 обнаружена макулодистрофия (4,8%).

Под нашим наблюдением находилось 47 человек ЛПА ЧАЭС с макулодистрофией (МД), из них 42 мужчины и 5 женщин в возрасте от 44 до 68 лет.

Продолжительность пребывания в радиационной зоне была от 1-2 до 5-6 мес. Поглощенная доза ионизирующего излучения составляла от 0,256 до 15,2р.

Начиналась МД обычно через 8-10-13 лет после пребывания в Чернобыле (в среднем через 10,5 лет), а у 12 человек – через 1-5 лет.