

2. Brain, Tumors [Электронный ресурс] // Brain Tumors // Columbia Neurosurgery. – Режим доступа: <http://www.columbianeurosurgery.org/conditions/brain-tumors>. – Дата доступа: 28.11.2015
3. Chiara D'Antonio Bone and brain metastasis in lung cancer: recent advances in therapeutic strategies / Chiara D'Antonio // Ther Adv Med Oncol. – 2014 May. – Vol. 6, N 3. – P. 101–114.
4. Brain metastasis as initial presentation of non-small cell lung cancer / Ali Alshehri Abdulrahman [et al.] // J Clin Oncol. – 2014. – Vol. 32. – Suppl. – Abstr. e19152.
5. Outcome of small cell lung cancer (SCLC) patients with brain metastases in a routine clinical setting / Mirko Lekic [et al.] // Radiol Oncol. – 2012 Mar; Vol. 46, N 1. – P. 54–59.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СТОЙКИХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЯХ НОСА

Куницкий В.С.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Бытовой, социальный и криминальный травматизм способствует росту числа лиц с различными деформациями лицевого скелета. Одна из причин, приводящая к смещению перегородки носа – травма, также является ведущей причиной развития деформаций костного скелета пирамиды носа, что обуславливает высокий удельный вес пациентов с данной патологией, проходящих лечение в специализированных оториноларингологических отделениях – 14% [2, 3]. Стойкие посттравматические деформации наружного носа в сочетании со смещением перегородки носа различной формы и выраженности, нередко приводят к глубоким функциональным и косметическим нарушениям, прежде всего дыхательной функции, что негативно сказывается как на физическом состоянии пациента, так и его психике [3].

Восстановление формы наружного носа – операция ринопластика как и раньше, часто выполняется врачами челюстно-лицевыми хирургами, стоматологами, что не позволяет в полной мере проводить коррекцию структур полости носа и в частности перегородки носа [1].

Следует отметить, что устранить указанные нарушения нелегко, особенно при комбинированных деформациях наружного носа, т.е. когда деформируются не только элементы наружного носа (носовая пирамида), но и перегородка носа. В этих случаях корригирующие операции ряд ринохирурги предпочитают выполнять в один этап, начиная с коррекции перегородки носа. Пластическое устранение деформации наружного носа имеет своей целью восстановление не только формы наружного носа, но и хирургическое вмешательство на перегородке носа и при необходимости на носовых раковинах [3].

Цель. Изучить эффективность одномоментных (симульных) вмешательств на структурах наружного носа и перегородке носа.

Материал и методы. Нами изучены медицинские карты стационарных пациентов, прооперированных в оториноларингологическом отделении для взрослых УЗ «Витебская областная больница». Нами отобрано 98 карт. Из них 85 пациентов мужчины (86,7%), женщин – 13 (13,3%). Лиц, в возрасте от 20 до 30 лет – 57 (58,2%), старше 30 лет – 41 (41,8%). Давность заболевания от 2 до 6 лет отмечена у 41, от 5 до 10 лет – 44, более 10 лет – у 13 пациентов. Все пациенты имели различной степени выраженности смещения перегородки носа, приводящие к затруднению носового дыхания.

Выявлены следующие посттравматические деформации: риносколиоз – боковое смещение носа – у 72 (73,5%), ринолордоз – западение спинки носа (седловидный нос) – у 8 (8,2%), ринокифоз – образование горба по линии спинки носа – у 8 (8,2%), комбинированные деформации – у 10 пациентов (10,1%).

Результаты исследования. Всем пациентам на первом этапе была выполнена септопластика по одной из методик: G. Killian с реплантацией хряща и M. Cottle. Извлеченный во время септопластики фрагмент четырехугольного хряща моделируется интраоперационно в виде плоской пластины. После чего пластина реимплантируется между мукоперихондриальными листками, что способствует упругости хрящевого отдела скелета носа и предотвращает флотирование перегородки и образование перфораций ее.

Восстановление формы носа достигалось за счет правильно выполненной остеотомии и репозиции скелета наружного носа, без которой невозможно получить положительные косметические результаты. Остеотомия выполнялась по трем направлениям – слева, справа в месте перехода костных стенок носа в переднюю поверхность верхней челюсти, а также у переносицы. Иногда можно ограничиваться мобилизацией только с одной стороны. В ряде случаев, когда носовые кости резко деформированы, их фрагментируют на несколько частей. После остеотомии скелет наружного носа смещается в срединное положение за счет пальцевого давления или ринокластом оригинальной конструкции.

После наложения швов полость носа тампонируют (на 48 ч). Пальчиковыми тампонами. Наружный нос фиксируют гипсовой лонгетой.

По мере уменьшения отека производим смену гипсовой повязки (1-2 раза). После снятия первой повязки можно выявить более или менее выраженные выпячивания (следствие недостаточного погружения фрагментов

носового скелета), изгибы (результаты многолетнего неравномерного, порочного развития крыльных и боковых хрящей), локальные гематомы. При повторном наложении гипсовой лонгеты в этих участках следует обеспечить некоторую ее гиперкоррекцию пальцами, что предоставляет дополнительные возможности для формирования наружного носа в желаемом направлении.

Функциональные (свободное дыхание через нос, улучшение обоняния) и косметические результаты вмешательств в подавляющем большинстве случаев оказались хорошими.

Средний срок пребывания пациентов составил 8.1 койко-дня. Восстановление носового дыхания отметили 96 (98.0%) пациентов второй группы, а умеренную обструкцию только 2 (2.04%) пациент. Форму носа удалось восстановить 92 пациентам (93.8%). При наблюдении в отдаленные сроки 12 месяцев - перфорация перегородки носа была выявлена у 1 пациентов первой группы (1.02%), Вторичная деформация перегородки носа выявлена у 1 пациента (1.02%). Синехии полости носа выявлены у 5 лиц (5.1%). Принципы коррекции наружных и внутриносовых структур носа предпочтительнее выполнять одномоментно (симультанные вмешательства). Необходимо подчеркнуть, что исправление всех слагаемых комбинированных деформации одинаково важно и является необходимым условие для получения хорошего стойкого функционального и эстетического результата.

Выводы:

Полученные результаты позволяют сделать вывод о высокой эффективности в функциональном и эстетическом отношении одномоментной риносептопластики (симультанное вмешательство).

Литература

1. Вальтер, К. Эволюция ринопластики / К. Вальтер // Рос. ринология. – 1996. – №1. – С. 5-16.
2. Мельник, В.Ф. Опыт применения современных технологий при лечении хронических полипозных риносинуситов / В.Ф. Мельник, П.А. Тимошенко // Рос. оториноларингология. – 2004. – №5. – С. 103-105.
3. Пискунов, Г.З. Клиническая ринология: рук. для врачей / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов – М., 2006. – 559 с.
4. Пальчун, В.Т. Руководство по практической оториноларингологии / В.Т. Пальчун, Л.А. Лучихин, М.М. Магомедов. – М, 2010. – 344 с.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ

Кутько Д.П.¹, Денисенко В.Л.²

*УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер»¹,
УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр»²*

Актуальность. Колоректальный рак – наиболее распространенная опухоль кишечника, третий по частоте встречаемости рак и вторая причина в структуре онкологической смертности [1]. Эволюция от инициации опухолевого роста до клинически манифестированного рака толстой кишки занимает не один месяц (и, даже, не один год). По данным канцер-регистра Республики Беларусь, за последних десять лет заболеваемость колоректальным раком увеличилась в 1,5 раза (с 363 в 2001 г. до 528 – в 2010 г.). До 70% пациентов со стенозирующим колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью, доставляется в стационар по экстренным показаниям. В результате этого более половины пациентов госпитализируется в общехирургические стационары в тяжёлом состоянии. Последнее нередко обусловлено наличием тяжёлой сопутствующей патологии (в первую очередь, со стороны сердечнососудистой и дыхательной систем) и меньшим диаметром кишки.

В последние десятилетия в хирургическую практику заболеваний ободочной и прямой кишки внедряются малоинвазивные методы лечения. Одним из методов являются операции с использованием лапароскопических, что требует дальнейшего научного поиска и изучения возможности реализации новых направлений решения проблемы [1, 2].

Цель. Оценить результаты выполнения лапароскопических операций при колоректальном раке.

Материал и методы. В работе представлены результаты лечения больных колоректальным раком, которые находились на обследовании в абдоминальном отделении УЗ «ВОКОД» с апреля по июль 2015 года, и подверглись хирургическому лечению с помощью лапароскопической техники. У всех больных было морфологическое подтверждение диагноза. Больные получили (при необходимости) предоперационную подготовку с последующим выполнением оперативного вмешательства.

Было выполнено 10 вмешательств из них мужчинам – 4, женщинам – 6. Средний возраст составил 62±3,4 года. Городских жителей было 6 человек, жителей села – 4человека.

По структуре оперативных вмешательств резекция сигмовидной кишки – 3 операции, передне-низкая резекция – 4 операции. Левосторонняя гемиколонэктомия – 2 оперативных вмешательства. Внутрибрюшная резекция ректосигмоидного отдела толстой кишки – 1 операция.

По структуре злокачественной опухоли: аденокарцинома Грейд 2 – у 3 пациентов, аденокарцинома Грейд 3 – у 6, аденокарцинома Грейд 1 – 1 пациент. Поражение регионарных лимфоузлов отмечено у 60% (6)