

79 наблюдений (82,3%). Реже это происходило в возрасте 30-39 лет- 10 (10,4%) и старше 80 лет- 7 (7,3%). Чаще выявлялось поражение левой молочной железы- 54 случая (56,3%), в 38 (40%)- правой и в 4 (4,2%) опухоль поражала обе железы. Размеры новообразования варьировали от 1 до 25 см. Узловая форма роста опухоли отмечалась в 78 наблюдениях (81%) и в 18(19%) выявлено диффузное разрастание опухолевой ткани. Гистологически чаще отмечался недифференцированные формы рака- 59 наблюдений (61,5%), аденокарцинома - 37(38,5%).

В 74 случаях (78%) на секции выявлены метастазы в регионарные лимфатические узлы, гематогенные метастазы обнаружены в 70 случаях (72%). При этом чаще гематогенные обнаружены в костях- 32 (33%), в 41 (42%) в легких, в 51 (53%) в печени, и в 8 (8%) в почках. Латентные метастазы, развившиеся через 7-16 лет обнаружены в 10 наблюдениях. Рецидивы опухоли отмечены в 3 случаях.

Весьмастораживает тот факт, что хирургическое лечение проводилось лишь 50 случаях (52%), что свидетельствует о запоздалой диагностике новообразования. В 6 случаях (6,3%) больные отказывались от лечения, в 10 (10,5%) опухоль трактовалась как неоперабельная, в 3 (3,1%) имелись противопоказания к операции, а в 2 (2,1%) случаях рак выявлен только на аутопсии. В остальных наблюдениях проводилась цитостатическая и лучевая терапия. Обратила на себе и агрессивность поведения опухоли, так средняя выживаемость больных без операции составила 1-3 года, а после операции - 3-10 лет.

АНГИОМИОЛИПОМА ПОЧКИ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

Л.В. Гарусова, И.А. Щурко

Научный руководитель – д.м.н., профессор *Н.А. Нечипоренко*
Гродненский государственный медицинский университет

Цель работы. Оценка частоты выявления ангиомиолипомы (АМЛ) почки, информативности современных методов диагностики и оптимизация лечебной тактики.

Материал и метод исследования. Проведен анализ результатов обследования, методов лечения и диспансерного наблюдения 70-ти пациентов с АМЛ почки.

Полученные результаты и их новизна. АМЛ почки составляет 7,6% среди всех пациентов с опухолями паренхимы почки в Гродненской области.

Типичные местные симптомы опухоли почки имели место у части больных только при размерах опухоли превышавших 5 см в диаметре.

УЗИ является наиболее доступным и весьма информативным методом диагностики АМЛ, благодаря специфическим акустическим признакам этой опухоли – округлый однородно-гиперэхогенный узел в паренхиме почки с четкими границами.

Рентгеновская компьютерная томография и магнитно-резонансная томография позволяют выявить жировую ткань в структуре опухоли – характерный признак АМЛ.

Использование перечисленных методов визуализации почки только в 5 случаях из 70-ти не позволило исключить почечно-клеточный рак почки до операции.

Почечная ангиография дает информацию об ангиоархитектонике почки и особенностях кровоснабжения опухоли.

Всем 70-ти пациентам предложено хирургическое лечение, от которого отказались 15 человек с опухолями до 1,5 см в диаметре. Оперировано 55 человек. Органосохраняющая операция в виде секторальной резекции почки или резекции полюса почки выполнена 45 пациентам и нефрэктомия, в силу поражения опухолью двух смежных сегментов почки, выполнена в 10 случаях. При выполнении органосохраняющих операций использовались способы ушивания раны почки, разработанные на курсе урологии ГрГМУ. В 6-ти случаях пришлось провести интраоперационную прямую эхоскопию почки, поскольку опухоль ни визуально ни пальпаторно при ревизии почки не определялась. При прямой эхоскопии АМЛ размерами до 1,5 см оказалась на глубине 0,5-0,6 под фиброзной капсулой почки. Это исследование позволило точно определить локализацию опухоли и наметить границы удаляемого сегмента паренхимы почки.

Во всех случаях органосохраняющих операций срочным гистологическим исследовани-

ем подтвержден доброкачественный характер новообразования. Окончательное гистологическое заключение подтвердило АМЛ.

Все пациенты хорошо перенесли вмешательства и выписаны домой. За всеми проводится диспансерное наблюдение. При наблюдении за пациентами признаков рецидива опухоли нет. Функция оперированной почки через год после операции нарушена у 3-х человек, у остальных функция оперированной почки не отличается от таковой до операции.

Выводы:

1. Ангиомиолипома составляет 7,6% среди всех опухолей паренхимы почки.
2. Ультразвуковое исследование является наиболее доступным и весьма информативным методом диагностики ангиомиолипому почки.
3. Органосохраняющая операция является оптимальным методом лечения ангиомиолипому почки и должна выполняться даже в случаях когда размеры опухоли не превышают 2-х см в диаметре. Это позволит максимально сохранить паренхиму почки и сократит количество органонуносящих операций по поводу доброкачественных опухолей.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ШКАЛ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ В УСЛОВИЯХ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А.В. Гидранович

Научный руководитель – к.м.н., доцент *А.В. Фомин*
Витебский государственный медицинский университет

Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит (ОП) занимает третье место, уступая только аппендициту и холециститу. Одной из причин неблагоприятных исходов при ОП является полиорганная недостаточность. В связи с этим, ранняя диагностика тяжелых форм ОП важна для эффективного лечения [1]. Для объективизации диагностики тяжелых состояний в хирургии были разработаны диагностические шкалы (scoring systems), применение которых увеличило точность прогноза, в том числе для ОП до 70–80% [2].

Цель исследования: изучить возможность применения диагностических и прогностических шкал оценки тяжести течения острого панкреатита в условиях больницы скорой медицинской помощи.

Материал и методы. Обследовано 47 больных ОП. Использованы 6 шкал интегральной оценки, основанных в основном на параклинических и лабораторных данных (POSSUM, SAPS, APACHE II, MODS, SOFA, LODS) и 2 шкалы, основанных в основном на клинических данных (краткая и развернутая шкалы В.Б. Красногорова). Проведен анализ достаточности клинических данных по 8 шкалам.

Результаты. Объемность шкал интегральной оценки не позволяет использовать их для широкого применения. Суммарно для вышеперечисленных шкал интегральной оценки выделено 39 параметров. Наиболее объективными, однако, и наиболее сложными являются шкалы APACHE II и POSSUM. Их применение целесообразно в условиях отделения интенсивной терапии для оценки степени полиорганной недостаточности. Наиболее доступной является шкала LODS, что позволяет предложить ее для оценки состояния больных групп риска. Шкалы, основанные на клинических данных, имеют 30 (развернутая шкала В.Б. Красногорова) и 16 показателей (краткая шкала В.Б. Красногорова). Доступность показателей шкал В.Б. Красногорова позволяет использовать их для скрининговой оценки состояния больных ОП и выделения групп риска.

Нами теоретически обоснован следующий алгоритм применения шкал: краткая шкала В.Б. Красногорова – в приемном покое для скрининга пациентов на предмет развития тяжелого панкреатита и выделения группы риска, развернутая шкала В.Б. Красногорова – в приемном покое при сомнительных результатах краткой шкалы, LODS в хирургическом отделении для скрининга пациентов групп риска на предмет развития полиорганной недостаточности, APACHE II – в отделении интенсивной терапии для оценки степени полиорганной недостаточности и прогноза исхода заболевания, POSSUM – для прогнозирования исхода при необходимости оперативного вмешательства.

Выводы.

1. Больные, поступающие в стационар с диагнозом острый панкреатит, нуждаются в