



Рис. 2. Рентгеноскопия желудка после операции.

Таким образом, у больных с морбидным ожирением в сочетании с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы лапароскопическая фундопликация по Ниссену – Розетти

с методикой сбора желудка с целью уменьшения объема желудка является наиболее физиологичной операцией, отвечающей требованиям бариатрической хирургии, кроме того, позволяет устранить пищеводно-желудочный рефлюкс как неизменный спутник больных, страдающих ожирением.

При этом риск развития осложнений существенно ниже, чем при желудочном шунтировании.

Риск развития такого типичного осложнения, как желудочно-пищеводный рефлюкс, сведен к минимуму.

Литература

1. Эфендиев В.М., Шкипарева В.М. Хирургическое лечение рефлюкс-эзофагита. *Хирургия*. N 2. – 1995. – С. 58–62.
2. Пучков К.В., Филимонов В.Б. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. *Медпрактика*. – М. – 2003. – 171 с.
3. Седов В.М., Фишман М.Б., Lantsberg L. Лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка как способ лечения ожирения и сопутствующих метаболических нарушений. *Эндоскопическая хирургия*. – N5. – 2008. – С. 27–31.
4. Феденко В.В., Евдошенко В.В. *Бариатрическая хирургия*. – 2008. – 44 с. «75 лет в медицине Gitti».
5. Егиев В.Н., Зорин Е.А., Кевин М.А. Симультанное лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка и фундопликация по Тоурет. *Непосредственные и отдаленные результаты. Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского*. – Т.5, N1. – 2010. «Материалы XIII съезда Общества эндоскопических хирургов России», 17–19 февраля 2010 г., Москва. – С. 243–244.

Остеосаркома плечевой кости

С.В. Одинцов, С.П. Морозов, А.С. Люсов

ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Приведено клиническое наблюдение больного со злокачественной опухолью костной системы человека – остеосаркомой, описаны клинические проявления, методы диагностики и лечения, а также послеоперационный прогноз у больных с этим злокачественным новообразованием.

Ключевые слова: остеосаркома, плечевая кость.

The authors describe their clinical observation of treating a patient with malignant tumour of the bone system in human organism – osteosarcoma- and discuss clinical manifestations, diagnostic and curative techniques in such pathology as well as its prognosis.

Key words: osteosarcoma, humeral bone.

Клиническое наблюдение

В 2009 г. у пациента В., 34 лет, было выявлено уплотнение мягких тканей в области левого плечевого сустава. При рентгенологическом исследовании обнаружена литическая деструкция латерального края верхней трети плечевой кости. По данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) было выявлено дополнительное солидное образование (см. рисунок, а-к) размером до 6,1×5,4×12 см с неровными, нечеткими контурами, прорастающее в окружающие мягкие ткани.

Таким образом, по данным МРТ, диагностирована опухоль с инфильтративным ростом и деструкцией костной ткани – вероятнее всего, остеосаркома.

Проведенная трепанобиопсия с последующим гистологическим исследованием подтвердила диагноз остеосаркомы.

Больному были произведены субтотальная резекция плечевой кости с удалением опухолевой массы и протезирование плечевой кости металлическим эндопротезом.

Через 6 мес при контрольной МСКТ был выявлен рецидив опухоли на протяжении всей области плеча и верхней трети предплечья с несостоятельностью послеоперационных швов и прорастанием опухоли в подкожную жировую клетчатку, истончение кортикальных слоев дистального эпифиза плечевой кости, головки лучевой кости, а также локтевого и венечного отростков локтевой кости с диффузным снижением плотности костной структуры до 30 НУ, с кистовидной перестройкой, истончением, разряжением и деструкцией костной структуры. Также в мышечной области и мягких тканях плеча выявлялись увеличенные

лимфоузлы размером от 1,7 до 4 см, метастатического характера. В обоих легких были выявлены множественные метастатические очаги размером от 0,2 до 3 см, а также уменьшение в объеме нижней доли левого легкого с наличием жидкости в плевральной полости и ателектазированием сегментов S_{VIII}, S_{IX}, S_X [4].

Таким образом, диагностирован местный рецидив опухоли с метастазами в оба легких и подмышечные лимфоузлы.

В связи с распространенностью опухолевого процесса и неудовлетворительным общим состоянием больному была назначена симптоматическая терапия.

Остеосаркомы костей — злокачественные опухоли, исходящие из костной ткани и продуцирующие патологическую кость.

Остеосаркомы составляют 37% среди всех первичных злокачественных новообразований скелета. Этот тип опухоли характеризуется высокой злокачественностью, быстрым прогрессирующим и ранним гематогенным метастазированием в легкие. Заболевание возникает в основном у лиц детского и юношеского возраста (10–20 лет), но может возникнуть и в более позднем возрасте, т.е. в период наиболее интенсивного роста и усиленной пролиферации клеток, дифференцирующихся в остеобласты. Опухоль встречается чаще у лиц мужского пола.

Основными клиническими проявлениями заболевания являются боль, припухлость и нарушение функции конечности. Следует помнить, что при остеогенной саркоме первым признаком являются упорные, нарастающие боли, часто возникающие ночью. Появление опухоли, ограничение функции конечности — признаки уже далеко зашедшего процесса. Локально, в области развивающейся опухоли, прощупывается плотное болезненное образование, спаянное с костью. Такие признаки, как расширение подкожных вен, изменение цвета кожи, местное повышение температуры, анемия, лейкоцитоз и др. также наблюдаются в поздних стадиях болезни. Биохимический анализ крови часто выявляет повышение уровня щелочной фосфатазы, наиболее выраженное при активном костеобразовании в опухоли.

При рентгенологическом исследовании остеосаркома на ранних стадиях представляет собой локальное уплотнение костной структуры, расположенное центрально или эксцентрично, а на поздних стадиях имеет вид плотного солидного образования, выходящего за пределы кости, без четких границ, инфильтрирующего окружающие ткани, может содержать разнообразные включения: облаковидные, хлопьевидные, глыбчатые.

Методы диагностики

- Рентгенография костей позволяет установить диагноз остеосаркомы, который требует микроскопического подтверждения с помощью трепанобиопсии опухоли.

- Компьютерная томография (КТ) в сочетании с внутривенным контрастированием позволяет получить детальную структуру кости и определить объем поражения (близлежащих мышц, жировой ткани и пр.), выбрать оптимальный участок для биопсии кости. Дополнительная КТ грудной полости позволяет подтвердить или исключить метастазы в легкие.

- С помощью МРТ более детально изучаются мягкие ткани, опухоль и костный мозг. В ряде случаев удается обнаружить мелкие очаги остеосаркомы вне основного опухолевого очага.

- Радионуклидное сканирование и протонно-эмиссионная томография (ПЭТ) позволяет выявить множественное поражение и метастазы в другие органы.

TNM классификация (1997):

Стадия IA	G1,2	T1	N0
M0			
Стадия IB	G1,2	T2	N0
M0			
Стадия IIA	G3,4	T1	N0
M0			
Стадия IIB	G3,4	T2	N0
M0			
Стадия III		Не определяется	
Стадия IVA	любое G	любое T	N1
M0			
Стадия IVB	любое G	любое T	любое N
			M1

T — первичная опухоль;

TX — недостаточно данных для оценки первичной опухоли;

T0 — первичная опухоль не определяется;

T1 — опухоль ограничена кортикальным слоем;

T2 — опухоль распространяется за кортикальный слой.

N — регионарные лимфатические узлы;

NX — недостаточно данных для определения регионарных лимфатических узлов;

N0 — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;

N1 — регионарные лимфатические узлы поражены метастазами.

M — отдаленные метастазы;

MX — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов;

M0 — нет признаков отдаленных метастазов;

M1 — имеются отдаленные метастазы.

Также учитывается степень дифференцировки опухоли (критерий G):

GX — степень дифференцировки не может быть установлена;

G1 — высокая степень дифференцировки;

G2 — средняя степень дифференцировки;

G3 — низкая степень дифференцировки;

G4 — недифференцированные опухоли.

Лечение

- *Хирургический метод*

Существуют методы органосохраняющего хирургического лечения с использованием методик реконструктивных вмешательств с первичным и отсроченным эндопротезированием.

В то же время в ряде случаев проводятся калечащие операции (ампутации, экзартикуляции и др.).

У больных с нерезектабельной остеосаркомой использование только химиотерапии дает временный эффект и прогноз обычно неблагоприятный. К этой категории относятся больные с остеосаркомами основания черепа, позвоночника и в ряде случаев костей таза.

Операцию с сохранением конечности удастся выполнить в 50–80% случаев, хотя у некоторых больных, при рецидиве опухоли, приходится прибегать к ампутации.

Иногда ампутация является единственным видом возможной операции.

Это относится к больным с обширным распространением опухоли в окружающие ткани, прорастанием сосудов и нервов.

В ряде случаев, при единичных метастазах в легкие, производится их хирургическое удаление из легочной ткани. При этом учитываются количество, размер и расположение метастазов, а также эффективность химиотерапии.

• Химиотерапия

Важным компонентом современного лечения остеосарком является химиотерапия. По сравнению с лечением только хирургическим методом комбинированное лечение повысило безрецидивную выживаемость с 10–20 до 60% и более. Основой противоопухолевой химиотерапии остеосарком остается использование антрациклинсодержащих схем лечения. В настоящее время при локализованном заболевании после морфологического подтверждения диагноза используется неoadъювантная химиотерапия, которая способствует уменьшению размеров опухоли, девитализации опухолевых клеток и, в ряде случаев, переводу процесса из ампутабельного в резектабельный. После хирургического компонента лечения, как правило, проводится системная химиотерапия по той же схеме, в общей сложности – 6–12 курсов терапии. Лечение пациентов с первичной метастатической или рецидивирующей опухолью обычно не отличается от лечения локализованной остеосаркомы. Почти у 30% первичных больных остеосаркомой имеются отдаленные метастазы, однако более чем у 40% из них благодаря комбинированному лечению, состоящему из хирургического и лекарственных методов, отмечается очень высокая пятилетняя выживаемость. Вместе с тем использование всех современных возможностей комбинированного лечения местных рецидивов опухоли отличается низкой эффективностью. Прогноз у этих больных неблагоприятный, менее 20% из них достигают длительной выживаемости.

• Лучевая терапия

Лучевая терапия используется в неоперабельных случаях с паллиативной целью и не влияет на общую выживаемость больных остеосаркомой.

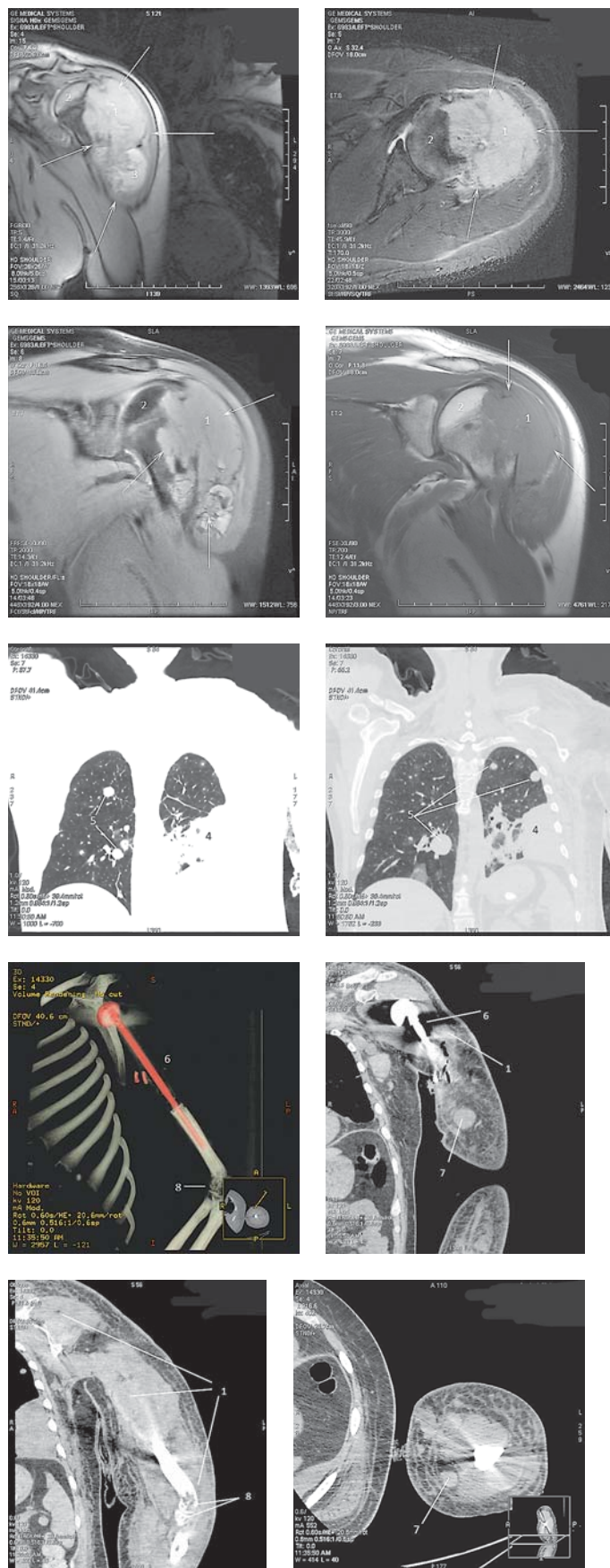
Выводы

1. Остеосаркомы – часто встречающиеся злокачественные быстропрогрессирующие опухоли костей, чаще заболевают лица мужского пола в возрасте 10–20 лет.

2. Диагностический метод выбора в оценке распространенности процесса – МРТ.

3. Для оценки отдаленных метастазов применяется скинтиграфия скелета и ПЭТ.

4. Лечение операбельных опухолей – комбинированное (химиотерапия и хирургические методы).



1 – Масса опухоли (стрелками указаны границы). 2 – Головка плечевой кости. 3 – Жидкостный компонент опухоли. 4 – Ателектазированные сегменты легкого. 5 – Метастатические узлы в легких. 6 – Металлический эндопротез плечевой кости. 7 – Увеличенные лимфатические узлы. 8 – Участки деструкции коркового слоя костей локтевого сустава.

5. Важно проведение послеоперационного динамического контроля состояния больного в целях раннего выявления рецидива основного заболевания и/или метастазов для последующего лечения.

Литература

1. Лагунова И.Г. *Опухоли скелета*. М.: Медицина, 1962.
2. Рейнберг С.А. *Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов*. М.: Медицина, 1964.
3. Васильев Н.А., Кочергина Н.В. *Лучевая диагностика и общие принципы дифференциальной диагностики опухолей костей и мягких тканей*. М., 1994.
4. Забродина А.В. *Лучевая диагностика остеогенных сарком*. М., 1995.
5. Матиас Прокон, Михаэль Галански *Спиральная и многослойная компьютерная томография. в двух томах*. Москва, «МЕДпресс-информ», 2007.

6. Francis A. Burgener, Steven P. Meyers *Differential diagnosis in MRI*. Thieme Stuttgart, New York, 2002.

7. DeVita Jr. V.T., Hellman S., Rosenberg S.A. *Cancer: principles and practice of oncology*, Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

8. Husband J.E.S., Reznick R.H. *Imaging in oncology*, Oxford, 1999.

9. Jelinec J.S., Murphey M.D. *Parosteal osteosarcoma: value of MR imaging and CT in the prediction of histologic grade*, Radiology, 1996.

10. Murphey M.D., Robbin M.R., McRae G.A. *AFIP archives: many faces of osteosarcoma*, Radiographics, 1997.

11. H. Hricak, J. Husband, David M. Panicek *Oncologic Imaging: Essentials of Reporting Common Cancers*, W.B. Saunders Company, 2007.

Гигантская грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

В.П. Кочуков, А.Г. Кирпичев, А.А. Ложкевич, И.А. Казьмин,
Д.Л. Уваров, Е.Г. Островерхова, Е.М. Бачурина, И.Л. Самойленко
ФГУ «Объединенная больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Данное клиническое наблюдение посвящено актуальной проблеме – лапароскопическим технологиям в хирургии грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

Параэзофагеальные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы составляют не более 0,4–1,4% клинических наблюдений. Основная литература по грыжам пищеводного отверстия диафрагмы посвящена скользящим грыжам, последние встречаются у 98,6–99,3% больных. Основное показание для оперативного лечения при параэзофагеальных грыжах – это высокая вероятность ущемления, выполнение операции при ущемленной параэзофагеальной грыже дает высокий процент летальности.

Приведенное клиническое наблюдение показывает, что при этих грыжах иногда достаточно выполнить простое рентгенологическое исследование грудной клетки, которое позволяет заподозрить наличие параэзофагеальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (они чаще бывают фиксированными). Контрастное полипозиционное исследование только подтверждает диагноз.

Цель публикации данного клинического наблюдения – демонстрация возможности и адекватности оперативного лечения параэзофагеальных грыж пищеводного отверстия диафрагмы с использованием лапароскопических технологий.

Ключевые слова: грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, лапароскопическая хирургия, рентгенологическое исследование желудка, параэзофагеальные грыжи.

The present clinical observation touches an actual medical problem – laparoscopic technologies for surgical treatment of hernias in the esophageal opening of the diaphragm.

Paraesophageal hernias of the esophageal opening of the diaphragm constitute not more than 0.4–1.4% of clinical observations. The majority of literature sources on hernias of the esophageal opening of the diaphragm discusses sliding hernias which are met in 98.6–99.3% of patients. The main indication for surgical treatment of paraesophageal hernias is a high risk of hernia strangulation; surgical treatment of strangulated paraesophageal hernias has a high mortality rate.

The given clinical observation shows that in case of such hernias a simple X-ray examination of the thoracic cavity may raise a suspicion of paraesophageal hernia of the diaphragm esophageal opening (most often such hernias are fixed). A contrast polyposition examination only confirms the diagnosis.

The aim of the present paper is to demonstrate possibilities and reasonability of surgical treatment of paraesophageal hernias in the esophageal opening of the diaphragm using laparoscopic techniques.

Key words: hernias of the esophageal opening of the diaphragm, laparoscopic surgery, X-ray stomach examination, paraesophageal hernias.

С внедрением лапароскопических технологий, которые позволяют свести к минимуму травматичность оперативных вмешательств, открылись новые возможности в лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы на современном этапе.

Б.В. Петровский и соавт. [1] предложили следующую классификацию грыж пищеводного отверстия диафрагмы:

1. Скользящие (аксиальные) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы:

1. Пищеводная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
2. Кардиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
3. Кардиофундальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.