

тельно, именно ультразвуковой метод должен быть использован в качестве «скринингового» метода при первичной диагностике.

V конференция с международным участием

«Инновационные технологии в медицине»

Апрель, 2011 г., Египет

Оргкомитет: (3452) 73-27-45
E-mail: sibir@sibtel.ru

РЕЗУЛЬТАТЫ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ТЮМЕНСКОМ ОНКОДИСПАНСЕРЕ

*В.Ю. Зуев, А.В. Лысцов, А.В. Самойлов,
Д.Д. Сехниаидзе, Т.А. Обухова,
А.Н. Лагутов*

Тюменский ООД

Первую торакоскопию произвел в 1910 г. шведский врач Н.С. Уасобаеус, используя цистоскоп для осмотра плевральной полости. В 1986 г. была разработана цветная видеокамера с высоким разрешением, что позволило передавать изображение на экран монитора. Ранее было принято считать, что показаниями для торакоскопической операции являются (Трахтенберг А.Х., Чисов В.И., 2000):

- доброкачественная периферическая опухоль легкого;
- солитарный метастаз в легком;
- периферический рак легкого I стадии;
- диссеминированный процесс в легком (биопсия легкого);
- определение стадии рака легкого.

Однако с развитием торакоскопической хирургии постоянно появляются всё новые показания для видеоторакопии: плевриты неясной этиологии, опухоли средостения, внутриплевральные кровотечения, опухоли плевры и др.

В 1990 г. более чем в 40 институтах организовано кооперированное исследование по изучению непосредственного эффекта видеоторакоскопических операций и возникающих после них осложнений – Video Assisted Thoracic Surgery Study Group (VATSSG). Накоплен коллективный опыт выполнения 1820 операций: при опухолях – 865 (47,5%) и инфильтратах – 249 (13,7%) в лег-

ких, экссудативном плеврите – 353 (19,4%), пневмотораксе – 164 (9%), опухолях плевры и средостения – 119 (6,5%) по данным (Lo Cicero III., 1994). В настоящее время мировой опыт торакоскопических операций насчитывает десятки тысяч вмешательств.

В торакальном отделении Тюменского областного онкологического диспансера за 2006–10 гг. выполнено 223 торакоскопических операции с использованием аппаратуры фирмы Karl Shtorts. Операции выполнялись по закрытой методике, видеоторакопии, и с миниторакотомией, открытый метод, (табл. 1).

Таблица 1

Год	Кол-во операций	ВТС	Миниторакотомия с видео-поддержкой
2006	26	14 (56%)	12 (44%)
2007	36	27 (75%)	9 (25%)
2008	40	35 (87,5%)	5 (12,5%)
2009	59	59 (100%)	-
2010	63	49 (96%)	2 (4%)

Количество торакоскопических вмешательств год от года растёт, увеличивается доля операций, выполняемых закрыто, без миниторакотомии, что обусловлено накоплением опыта, совершенствованием оперативной техники и материально-технического обеспечения.

В 2010 году в торакальном отделении Тюменского Областного онкодиспансера разработана и внедрена оригинальная методика ушивания лёгкого после его резекции. В этом же году начато применение аппарата LigaSure. Это позволило расширить спектр торакоскопических операций и сократить длительность пребывания пациентов в отделении, а течение послеоперационного периода стало более благоприятным.

Все выполненные видеоторакоскопические операции в зависимости от морфологического диагноза разделены следующим образом (табл. 2).

Таблица 2

Диагноз	n	%
Злокачественные опухоли и метастазы	71	44
Рак молочной железы, парастернальная лимфодиссекция	28	
Саркоидоз	81	36
Неспецифические воспалительные изменения	7	3
Туберкулез	14	6
Доброкачественные опухоли лёгких и средостения	19	8,2

Внутриплевральные кровотечения	4	1,8
Всего	223	100

Интраоперационное осложнение мы получили в одном случае (кровотечение), была выполнена торакотомия (конверсия), остановка кровотечения, в последующем больной поправился.

В послеоперационном периоде мы наблюдали следующие осложнения:

В послеоперационном периоде мы наблюдали следующие осложнения:

1. В одном случае развилась релаксация диафрагмы, возможно в результате травмы диафрагмального нерва.

2. В одном случае возникла послеоперационная пневмония в зоне резекции лёгкого.

3. Послеоперационный плеврит мы получили и купировали после пяти операций.

4. В одном случае, после биопсии лёгкого по поводу метастазов рака почки, возникла тромбэмболия легочной артерии. Больная умерла.

Таким образом, мы получили небольшое количество осложнений – 8 (3,5%).

Средний койко-день у видеоторакоскопически оперированных больных составил – 12,9, а предоперационный – 2,7. Это значительно меньше, чем у больных, которые оперируются стандартно: койко-день 19, предоперационный – 6.

Наш опыт ещё раз доказывает несомненные достоинства эндоскопической хирургии – малая травматичность, низкая частота осложнений, небольшая потребность в медикаментозном обеспечении, уменьшение продолжительности реабилитации больных, хороший косметический эффект.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ МЕТАХРОННОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

О.И. Кит, Е.М. Франциянц, Ю.А. Геворкян, М.А. Аверкин, В.Х. Анапалян

Ростовский НИОИ, г. Ростов-на-Дону

Значение проблемы рака толстой кишки не снижается на протяжении многих лет и становится более острой в связи с ростом заболеваемости, которая составляет в структуре онкозаболеваемости 9–14%. При этом отмечается увеличение частоты встречаемости первично - множественного рака толстой кишки, который составляет 17% от всех наблюдений полинеоплазий и считается одной из наиболее частых локализаций

полинеоплазий, уступая лишь первично - множественному раку кожи (50% всех наблюдений).

Цель исследования: выявление групп риска по развитию метакхронно возникающих опухолей ободочной кишки.

Материалы и методы.

С 1999 года на базе РНИОИ было пролечено 102 больных первично-множественным раком ободочной кишки, из них 81% - метакхронным и 19% больных синхронным раком ободочной кишки. В ткани злокачественной опухоли ободочной кишки, удаленной во время операции, и ее перифокальной зоне определяют активность фермента каталазы и рассчитывают соотношение активности фермента в ткани злокачественной опухоли к активности в ткани перифокально расположенной ткани. При получении результата соотношения выше или равном $1,0 \pm 0,2$ прогнозируют возможность развития метакхронного рака ободочной кишки.

Под наблюдением находилось 15 пациентов, у которых при поступлении был диагностирован второй очаг первично-множественного метакхронного рака ободочной кишки, с промежутком между первой и второй опухолью от 2 до 5 лет, 360 пациентов с одиночно локализованным процессом в ободочной кишки. У всех больных диагноз был верифицирован гистологическим анализом. Всем больным проводилось исследование уровня активности каталазы в ткани удаленной опухоли ободочной кишки и ее перифокальной зоны с вычислением коэффициента соотношения активности фермента в ткани опухоли к активности каталазы в ткани перифокальной зоны.

Ретроспективно установлено, что у больных с метакхронным процессом рака ободочной кишки соотношение активности каталазы в ткани второй злокачественной опухоли к активности фермента в ткани перифокальной ее зоны составило $1,0 \pm 0,2$.

Результаты и обсуждение.

Из 360 пациентов в возрасте от 36 до 75 лет с солитарным раком ободочной кишки, пролеченных в отделении общей онкологии Ростовского научно-исследовательского онкологического института, у 342 уровень исследуемого показателя составил $0,5 \pm 0,04$, у 12 пациентов он не отличался от значений в группе больных с метакхронным первично-множественным раком ободочной кишки. Уровень соотношение активности каталазы в ткани злокачественной опухоли к активности фермента перифокальной зоны больных не зависел от гистотипа опухоли, степени распространенности процесса. Указанные 12 пациентов были выделены нами в группу интенсивного наблюдения. Один раз в 6 месяцев им проводили углубленное