

применимой во второй группе ($Keff1=1,42$; $Keff2=1,07$, $p<0,05$).

Выводы. Предложенный подход к подготовке к наркозу и непосредственно анестезиоло-гическому обеспечению отвечает современным требованиям, предъявляемым к амбулаторной анестезии. Предложенные методики позволяют провести надежное, управляемое и комфортное для пациентов анестезиологическое пособие и свести к минимуму послеоперационные проблемы и осложнения. Для данных методик характерны быстрая спокойная индукция, гладкое течение, быстрое пробуждение, отсутствие осложнений. Наряду с более низким по отношению к другим методикам коэффициентом «затраты / эффективность» позволяет рекомендовать методику сочетания местного обезболивания и внутривенной анестезии, которая базируется на использовании кетамина и унитиола к широкому практическому применению.

Литература:

1. Алексеев В.Н. Оптимизация анестезиологического обеспечения в амбулаторной практике: Дисс. канд. ... мед. наук. – СПб, 2002.
2. Гордеев В.И., Александрович Ю.С. Амбулаторная анестезия // Амбулаторная хирургия. Стационар-замещающие технологии. – 2005. – № 1. – С. 40.
3. Давыдов М.И., Стилиди И.С. Рак пищевода: учебное пособие. – М.: РОНЦ, 2007. – С. 392.
4. Демидов В. Стандартные правила и рекомендации по безопасности анестезиологической практики в медицинских учреждениях Словацкой республики // Анестезиол. и реаниматол. – 2007. – № 6. – С. 70.
5. Елишев В.Г., Слезко Б.В., Воробьева Е.В. Клинический опыт брахитерапии рака пищевода на аппарате «Multisorg» // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 3-4. – С. 44.
6. Клок А. Экономические аспекты амбулаторной анестезиологии // Освежающий курс лекций «Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии», пер. с англ. – 1998. – С. 89-92.
7. Мамонтов А.С., Бойко А.В., Петерсон С.Б., Верещагин В.Г. Хирургическое и комбинированное лечение рака верхнегрудного отдела пищевода // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2003. – № 1. – С. 68-70.
8. Мамонтов А.С. Лечебная тактика при нерезектабельном раке пищевода с дисфагией II–IV степени: обходношунтирование, гастростомия или эндопротезирование // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2003. – № 1. – С. 88-90.
9. Мишунин Ю.В. Адекватная аналгоседация – альтернатива общему обезболиванию в амбулаторных условиях // Анестезиология и реаниматология. – 2001. – № 3. – С. 43-45.
10. Соколов В.В., Филоненко Е.В., Карпова Е.С. Эндоскопическое протезирование при злокачественной стриктуре пищевода // Сборник тезисов симпозиума

«Эндоскопическое протезирование» 16 ноября 2006 г. –

Москва, 2006. – С. 63-90.

11. Хижняк А.А. Индивидуализация выбора премедикации в амбулаторной анестезиологической практике // Біль, знеболювання, інтенсивна терапія. – 2002. – № 2. – С. 97-99.
12. Щербаков А.М. Опыт стентирования пищевода при неоперабельном раке // Вестник хирургии. – 2004. – Том 163, № 6. – С. 73-75.
13. Bohnacker S., Thonke F., Hinner M. et al. Improved endoscopic stenting for malignant dysphagia using Tygon plastic prostheses // Endoscopy. – 1998. – Vol. 30, № 6. – P. 524-531.
14. Carmel S., Rowan K. Variation in intensive care unit outcomes: a search for the evidence on organizational factors // Curr. Opin. Crit. Care. – 2001. – P. 284-296.
15. Dua K.S., Kozarek R., Kim J. et al. Self expanding metal esophageal stent with anti-reflux mechanism // Gastrointest. Endosc. – 2001. – Vol. 53. – P. 603-613.
16. Tietjen T.G., Pasricha P.J., Kaloo A. Management of malignant esophageal stricture with esophageal dilation and esophageal stents // Gastrointest. Endosc. Clin. North. Am. – 2004. – P. 851-862.

ЖЕЛУДОЧНАЯ СЕКРЕЦИЯ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА АССОЦИИРОВАННОГО С H.PYLORI

*А.В. Прохорченко, А.А. Мойсеев,
А.Б. Хисматуллина, Ю.П. Елишева,
В.В. Шкуратова*

Тюменский ООД, г. Тюмень

Несмотря на снижение показателей заболеваемости, рак желудка устойчиво занимает второе место среди причин смертности – в 2011 г. – в России – 11,5% [16], в Тюменской области – 11,2% [5, 12, 14]. Такая ситуация обусловлена преимущественно поздним выявлением заболевания – доля больных, выявленных в IV стадии составляет более 40% [1, 2]. В этих условиях основным видом помощи данной категории больных является паллиативное лечение, направленное на коррекцию негативных проявлений заболевания, среди которых ведущее значение имеет борьба с болью [8, 11].

Данные литературы [3, 6] свидетельствуют о том, что в патогенезе гастралгии могут принимать участие самые различные механизмы, воздействие на которые, может способствовать регрессии болевых проявлений без участия анальгетиков или на фоне снижения в их потребности. Среди таких механизмов можно выделить уровень желудочной секреции, состояние слизистой желудка и инфицированность H. Pylori [10, 13, 15].

Цель исследования: оценка рН базальной желудочной секреции у больных распространённым раком желудка с гастралгией в зависимости от инфицированности *H. Pylori*.

Материал и методы. Обследовано 194 больных распространённым раком желудка с доминированием в клинической картине гастралгии. Среди обследованных мужчины составляли – 65,5%; женщины – 34,5%. Возраст – от 34 до 67 лет (средний – 53,9±4,2 лет). Основная группа состояла из 126, группа сравнения – 68 человек. Состав групп был сопоставим по полу, возрасту, нозологической принадлежности, стадии заболевания и клиническим проявлениям. Главное отличие – наличие подтвержденной лабораторными методами инфицированности желудка *H. Pylori* у пациентов основной группы.

Всем больным выполнялась ФГДС с дополнительной эндоскопической рН-метрией базальной желудочной секреции.

Результаты и обсуждение.

Результаты эндоскопической рН-метрии уровня базальной желудочной секреции выявили значительные различия в группах. У больных основной группы достоверно чаще (77,8%; $P<0,05$) регистрировались состояния пониженной кислотности: из них гипо- (44,4%), суб- (19,1%) и анацидности (14,3%). В группе сравнения эти показатели отмечались в 58,8% случаев: 38,2%; 13,2% и 7,4% соответственно. Нормоцидная секреторная активность в основной группе регистрировалась лишь в 14,3% случаев, что было достоверно ниже ($P<0,05$), чем в группе сравнения – 29,4%. Показатели повышенной кислотности регистрировались у 7,9% человек основной и 11,8% группы сравнения.

Эти данные могут свидетельствовать о негативном влиянии *H. Pylori* на секреторную активность, обусловленную атрофическим процессами в слизистой, что в целом согласуется с литературными источниками [9]. В то же время, нормальные или низкие показатели рН среды желудка у 22,2% лиц основной группы и 41,2% группы сравнения указывают на необходимость учета этого патогенетического механизма формирования болевого синдрома и требует обязательное использование в составе системной фармакотерапии антисекреторных средств. По нашим наблюдениям повышенная кислотность, нередко сопровождаемая изжогой, наиболее часто регистрировалась у лиц молодого возраста и / или соматически сохраненных больных, с хорошими компенсаторными возможностями.

Уровень базальной кислотности желудка так же имел определенную зависимость с типом бо-

лей. Несмотря на более высокую частоту атрофических явлений у лиц, инфицированных *H. Pylori*, при «язвенных» болях частота нормоцидной (26,5%) и гиперацидной (12,2%) реакции была достоверно выше ($P<0,05$), чем при болях после еды (5,4% и 1,8%), для которых были характерны гипоацидные состояния, как в основной группе (39,3%), так группе сравнения (50,0%). Это подтверждали и результаты расчета средних значений рН.

Оценка данных рН-метрии показала, что средние значения базальной кислотности желудка соответствуют критериям гипоацидности: в основной группе – 3,1±0,29; группе сравнения – 2,6±0,28. Тем не менее, уровень кислотности мог значительно различаться у отдельных больных и различных типах боли. Более низкие значения рН ассоциировались с «язвенными» болями (основная – 2,3±0,29; сравнения – 1,9±0,20; $P<0,05$). Для всех других вариантов алгических проявлений средние показатели кислотности соответствовали категории гипо- или субацидности. При этом средние значения базальной кислотности были менее выражены у лиц основной группы, что подтверждает негативное влияние *H. Pylori* на состояние слизистой желудка.

В целом, сопоставление полученных клинических данных и результатов лабораторных исследований показало, что формирование гастралгии у больных раком желудка чаще происходит на фоне ослабления агрессивности желудочного сока – при сниженной, реже нормальной кислотности. Важным условием такого эффекта, является наличие атрофических явлений, значительного ограничения репаративной активности слизистой оболочки желудка и слизиобразования, определяющих снижение активности цитопротективных эндогастральных механизмов.

Сравнение характера болевых проявлений у больных исследуемых групп указывает, что присутствие *H. Pylori* не коррелирует с определенным типом болевых проявлений, но является одним из ведущих элементов участвующих в их развитии и поддержании.

Практическим выводом этих исследований может являться необходимость более широкого применения в составе системной фармакотерапии боли адьювантных средств, направленных на контролирование уровня желудочной секреции, цитопротекции слизистой желудка и антибактериальной терапии, что согласуется с данными литературы [4, 7].

Литература:

1. Арыбжанов Д.Т., Шаназаров Н.А. Возможности комбинированного лечения больных раком желудка IV стадии // Тюменский медицинский журнал. – 2010. – № 3-4. – С. 32-34.
2. Бондученко Н.А., Пестрякова А.В. Пути к снижению запущенности ЗНО и ранней выявляемости раковой болезни в Ханты-Мансийском автономном округе – Югра // Тюменский медицинский журнал. – 2010. – № 3-4. – С. 12-13.
3. Зотов П.Б. Гастралгия при распространенном раке желудка: патогенетические и клинические аспекты. Обзор // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 1. – С. 8-15.
4. Зотов П.Б., Вшивков В.В., Ковалева И.П. Антисекреторная терапия при распространенном раке желудка // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2001. – № 2-3. – С. 61.
5. Зотов П.Б., Попов И.Н., Грачёв А.А. и др. Некоторые эпидемиологические аспекты рака желудка // Тюменский медицинский журнал. – 2005. – № 5. – С. 25-26.
6. Комарова Т.В., Вусик М.В., Евтушенко В.А., Плешко Р.И. Предопухоловая патология желудка – критерий повышенного онкологического риска // Тюменский медицинский журнал. – 2009. – № 3-4. – С. 19.
7. Кононов А.В. Цитопротекция слизистой оболочки желудка: молекулярно-клеточные механизмы // Росс. Ж. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2006. – № 3. – С. 12-16.
8. Круглов Д.Г., Губин О.М., Рывтинский Е.С., Важенина Л.П. Опыт применения Ксефокама в лечении хронического болевого синдрома у онкологических больных // Академический журнал Западной Сибири. – 2006. – № 5. – С. 123-124.
9. Поташов Л.В., Морозов В.П., Савранский В.М. и др. Влияние *Helicobacter pylori* при раке желудка // Вопросы онкологии. – 1996. – № 3. – С. 30-32.
10. Прохорченко А.В., Зотов П.Б., Елишева Ю.П. и др. Эффективность эрадикационной терапии у больных раком желудка, ассоциированного с *H. Pylori* // Тюменский медицинский журнал. – 2009. – № 3-4. – С. 101.
11. Прохорченко А.В., Зотов П.Б. Болевые синдромы у больных распространенным раком желудка // Академический журнал Западной Сибири. – 2009. – № 3. – С. 20-21.
12. Синяков А.Г., Грибанова О.С., Шунько Е.Л. и др. Современное состояние онкологической ситуации юга Тюменской области // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 3-4. – С. 14-15.
13. Сотников В.Н., Дубинская Т.К., Волкова А.В., Яковлев Г.А. Значение эндоскопической рН-метрии в определении кислотопродуцирующей функции желудка. – М.: РМАПО, 2005. – 35 с.
14. Турунцева А.А. Эпидемиология злокачественных новообразований на территории Тюменской области (без автономных округов) в 2011 году // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 25-26.
15. Щепотин И.Б., Эванс С.Р.Т. Рак желудка: практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению. – Киев: Книга плюс, 2000. – 227 с.
16. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2011 году. – ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2013. – С. 16-17, 200-205.

Д.Д. Сехниадзе, В.Г. Петров, В.Ю. Зуев, А.В. Лыццов, Т.Л. Обухова, А.Н. Лагутов

Тюменский ООД, г. Тюмень
Тюменская ГМА, г. Тюмень

Видеоторакоскопические лобэктомии и пневмонэктомии при ранних формах рака легкого в последнее десятилетие получают все большее распространение. Однако безопасность этих вмешательств и их онкологическая радикальность все еще подвергаются сомнению. Проведен анализ хирургического лечения 71 пациентов с ранними формами рака легкого, 35 из которых были оперированы видеоторакоскопическим способом. Показано, что видеоторакоскопическая методика сопровождается меньшим количеством осложнений, менее длительным временем стояния дренажа в плевральной полости и с менее выраженным послеоперационным болевым синдромом, что уменьшает сроки реабилитации пациента. При этом онкологические принципы радикализма при выполнении видеоторакоскопической методики не компрометируются.

Ключевые слова: видеоторакоскопия, лобэктомия, рак легкого.

VATS lobectomy and pneumonectomy for early lung has been performed with increasing frequency over the last decade. However the safety of these interventions and their oncologic radicality still questioned. The analysis of surgical treatment of 71 patients with early stages of lung cancer, 35 of which were operated completely by VATS way. It is shown that VATS lobectomy accompanied fewer complications, less long time of standing drainage of the pleural cavity with a less pronounced postoperative pain, which reduces patient rehabilitation period. In this radical oncologic principles when performing VATS approach is not compromised.

Рак легкого, на сегодняшний день, остается одной из самых актуальных проблем медицины. В России эта патология занимает первое место в структуре заболеваемости населения злокачественными новообразованиями [3]. Ежегодно в России рак легкого диагностируют более чем у 63000 пациентов. По данным МНИОИ им. П.А. Герцена немелкоклеточный рак легкого (НМРЛ) среди оперированных больных в 1980-2003 гг. составил 50,9% [5].

Единственным радикальным методом лечения рака легкого, позволяющим добиться стойкого излечения, является хирургический метод [1, 5, 7]. Стандартными радикальными операциями при раке легкого являются лобэктомии и пневмонэктомии с систематической медиастинальной лимфодиссекцией [2]. Сублобарные объемы, такие как атипичная резекция, сегментэктомия, сопряжены с высоким риском локоре-

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАННИХ ФОРМ РАКА ЛЕГКОГО