

ный подход в лечении ХБС у онкобольных, включающий медикаментозную терапию, использование физических факторов и регионарные методы обезболивания дают 60–70% болеутоляющий эффект и имеет ряд преимуществ: быстрота эффекта; глубина анальгезии; длительность анальгезии; снижение расхода лекарственных препаратов (в т.ч. и наркотических), что уменьшает риск развития наркозависимости; улучшение качества жизни.

Таблица 2

Эффективность обезболивания эпидуральной и субарахноидальной химической денервации

Метод	Эффективность обезболивания	Кол-во больных	%	Всего больных
ЭХД	Хороший	25	35.4	70
	Удовлетворит.	30	42.8	
	Неудовлетворит.	15	21.8	
ЭХД+ЭОА	Хороший	17	70.8	24
	Удовлетворит.	3	12.5	
	Неудовлетворит.	4	16.6	
СХД	Хороший	11	36.6	30
	Удовлетворит.	13	43.3	
	Неудовлетворит.	6	20	

Комплексная терапия ХБС у онкобольных имеет перспективы, а ее научное обоснование требует дальнейшей проработки.

Литература

1. Брюзгин В. В., Стрелкова Р.Т. Новые методы интенсивной терапии в лечении онкобольных.– Л., 1989.– С. 17.
2. Исакова М. Е. и др. Лечение болевого синдрома у онкологических больных.– М., 1994.
3. Михайлович В. А. Игнатов Ю. Д. Болевой синдром.– Л., 1990.
4. Камышев Я. М. и др. Новые методы интенсивной терапии в лечении онкологических больных.– Л., 1989.– С. 30–31.

УДК 616-006; 616.345

ОПУХОЛЕВЫЕ МАРКЕРЫ ПРИ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

В.Б. ИВАНОВ, Е.Г. КОВАЛЕВА, А.Г. РОДИНА*

Первично-множественные злокачественные опухоли (ПМЗО), или полинеоплазия – одновременное или поочередное образование очагов злокачественного роста. Они развиваются независимо друг от друга в пределах одного или нескольких органов организма человека [3]. Отмечается рост частоты ПМЗО, так, если в 30–40-е годы прошлого века она составляла 0,3–4,5% всех онкологических заболеваний, ныне превысила 13% [2]. При ПМЗО поражение толстой кишки является наиболее распространенным, частота колеблется от 2 до 15%. Поэтому диагностика ПМЗО с поражением толстой кишки является актуальной.

Цель исследования – выявление ПМЗО по данным КДЦ.

Анализу были подвергнуты все случаи биопсийного и операционного материала КДЦ ТОБ. Выявлено 8 случаев первично-множественного рака толстой кишки. Все случаи первичной множественности были синхронными, так как диагностировались одновременно или в течение 6 месяцев после выявления первой опухоли [1]. Полный комплекс обследования был проведен у шести человек, из них двое мужчин и четыре женщины. Средний возраст — 39,6 лет. У четырех обследованных группа крови А (II) Rh+, у одного — 0 (I) Rh+ и у одной больной — В (III) Rh+. Диффузный семейный полипоз был у двух больных, диффузный полипоз — тоже у двух больных. Двое больных были с двумя злокачественными опухолями, двое имели три опухоли, в одном наблюдении было диагностировано четыре очага, у одного выявлено шесть злокачественных новообразований. Для определения степени распространения злокачественных опухолей мы использовали отечественную и международную классификации по

системе TNM в последней редакции. По этой системе формы рака толстой кишки были определены в семи случаях у пяти больных. Курабельные формы рака были установлены в четырех из семи случаев. В трех наблюдениях выявлена IV стадия заболевания. По нашим предварительным данным, злокачественные опухоли при первично-множественном раке чаще поражали поперечно-ободочную кишку (35% случаев), в 30% наблюдений опухоли локализовались в сигмовидной кишке (рис.1).

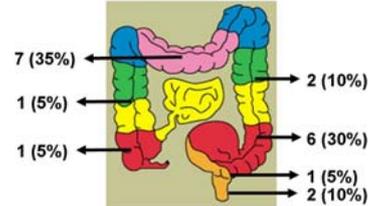


Рис. 1. Локализация первично-множественных злокачественных опухолей толстой кишки

Гистологическое строение злокачественных опухолей определяли по Международной гистологической классификацией опухолей. Злокачественные опухоли верифицировали гистологически (рис. 2). Первично-множественные опухоли толстой кишки представляют собой умеренно- или высокодифференцированные аденокарциномы, что объясняется частым их развитием на фоне кишечного полипоза [3] (рис. 3). У 2 больных гистологическая структура опухоли была в виде диморфного рака – сочетания тубулярной и слизьпродуцирующей аденокарциномы (рис.4).



Рис. 2. Гистологическая структура первично-множественных злокачественных опухолей толстой кишки.

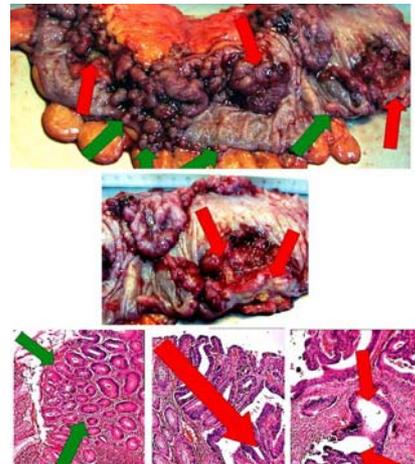


Рис. 3. Синхронный рак (аденокарцинома) сигмовидной кишки на фоне диффузного полипоза толстого кишечника у больного М., 31 год.

У больных с ПМЗО толстой кишки определяли содержание опухолевых маркеров (ОМ) в сыворотке крови до операции и после. Верифицировали с помощью тест-систем иммуноферментного анализа фирмы «БиоХимМак» и плащечного фотометра «Мультискан» фирмы «Лабсистемс». РЭА был обнаружен в повышенных концентрациях у 83,3% больных (5 чел., средний уровень — 15,9 нг/мл), только у одного его значение было в пределах нормы. Концентрация Ca242 увеличена у 67% больных (4 человека, средний уровень – 92,4 нг/мл), у 33% значение его было в пределах нормы. Антиген Ca19-9 у всех обследованных не выявил высокие значения (средний уровень — 15,9 Ед/мл). Сочетанное определение РЭА и Ca242 не повысило чувствительность

* ГУЗ ТО «Тульская областная больница»

метода по сравнению с определением только РЭА. Операция произведена 3 больным, у них исследовалась кровь на ОМ в послеоперационном периоде, значение ОМ снизилось и было в норме (средний уровень РЭА — 1,5 нг/мл, Ca242 — 10,7 нг/мл, Ca19-9 — 9,5 Ед/мл). Положительная динамика уровня онкомаркеров у одного из обследованных больных показана на рис. 5.

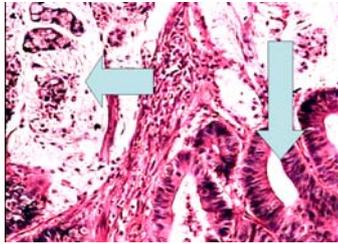


Рис. 4. Сочетание тубулярной и слизьпродуцирующей аденокарциномы

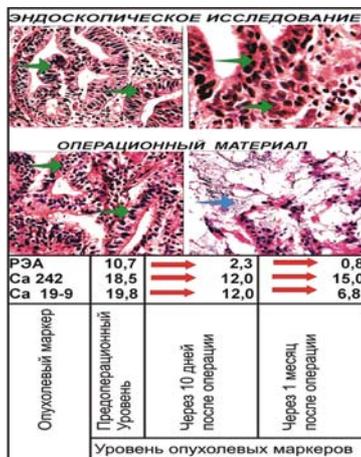


Рис. 5. Динамика уровня опухолевых маркеров у больного С., 23 года с диагнозом тубулярная и слизьпродуцирующая аденокарцинома восходящего, поперечного отделов и сигмовидной кишки.

Выводы. Процент первично-множественных злокачественных опухолей толстой кишки от общего количества злокачественных новообразований толстой кишки составляет 7,2%. При радикальном и своевременном лечении этого вида опухолей имеется прямая корреляция – снижение уровня ОМ. Более достоверными из ОМ явились РЭА и Ca242, причем РЭА – более чувствительный маркер. Определение ОМ в пред- и послеоперационном периодах может явиться одним из критериев распространенности опухоли, продолженного роста и метастазирования.

Литература

1. Ваиакмадзе Л.А., Ошейчик В.А. // Мед. консультация.– 2004.– №2.– С.24–28.
2. Коцуг С.Д., Владанов И.П.// Вопр. онкол.– 1989.– №3.– С. 352.
3. Первично-множественные злокачественные опухоли / Под ред. В.И.Чисова, А.Х.Трахтенберга.– М.: Медицина, 2000.

УДК 616.438-089.87

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ТИМЭКТОМИЯ – НОВЫЙ ШАГ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ МИАСТЕНИИ

А.В.КОНДРАТЬЕВ, А.Н.СЕВЕРЦЕВ*

Миастения (Myasthenia gravis pseudoparalytica, синдром Erb-Oppenheim-Goldflam) – классическое аутоиммунное заболевание, которое ассоциируется с образованием разнообразного спектра аутоантител, направленных против антигенных мишеней нервно-мышечного синапса [1, 4, 8]. Клинически заболевание

характеризуется патологической слабостью и утомляемостью поперечно-полосатой мускулатуры [2–3, 7]. Тимэктомия занимает одно из ведущих мест в патогенетически обоснованном комплексном лечении генерализованной миастении [1, 5, 10, 13]. Большинство отечественных и зарубежных центров, занимающихся хирургическим лечением миастении, предпочитают для удаления вилочковой железы срединный стернотомический доступ [1, 6]. Но из-за высокой травматичности эта операция не отвечает критериям качества хирургической помощи [9, 15].

Новые технологии и концепция миниагрессивности качественно изменили взгляды на технику выполнения тимэктомии и вывели их на принципиально новый уровень. Анализ пока еще очень небольшого количества работ по сравнительной характеристике результатов тимэктомии традиционным и эндохирургическим способом доказывает большую перспективность последнего [11–12, 14, 16]. С 2002 по 2005 гг. хирургическое лечение в объеме тимэктомии провели 73 больным генерализованной миастенией с неопухолевым поражением вилочковой железы. 37 операций произвели из эндохирургического доступа, 36 лицам выполнили срединную парциальную стернотомию. Диагноз миастении ставился на основании клинического, фармакологического, электромиографического, иммунологического обследования. Для исключения опухолевой природы изменений тимуса выполняли КТ и МРТ органов средостения. В качестве эндохирургического доступа использовали видеоторакоскопический трансплевральный левосторонний подход. Операцию выполняли под эндотрахеальным комбинированным наркозом в условиях односторонней вентиляции. Положение больного: на правом боку под углом около 70–80°, под поясницу подкладывали клинообразный валик, его левую руку фиксировали на подставке (рис. 1). Операционная бригада состояла из оперирующего хирурга и ассистента, они располагались со стороны спины пациента. Для удобства мы пользовались двумя мониторами (рис. 2).

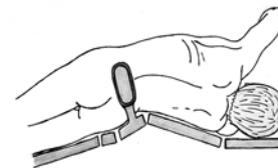


Рис. 1. Положение больного на операционном столе

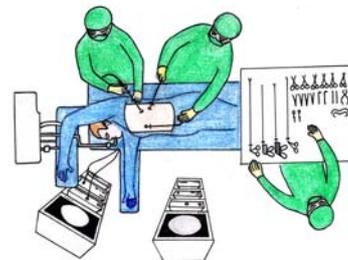


Рис. 2. Расположение хирургической бригады и оборудования при выполнении видеоторакоскопической тимэктомии

Операционный пневмоторакс накладывали в V межреберье по средне-аксилярной линии, используя открытую методику, затем в плевральную полость вводили 10-мм троакары, пользуясь безопасным стилетом. После выключения из вентиляции левого легкого инсуффлировали CO₂ под давлением 8 мм рт. ст. Спавшееся неподвижное легкое создавало оптимальные условия для выполнения оперативных манипуляций. Обзорную торакоскопию осуществляли по классической схеме, последовательно осматривая легкое, висцеральную и париетальную плевру, диафрагму, органы средостения. Обращали внимание на наличие выпота, высыпаний или наложений на плевре, оценивали особенности топографо-анатомических соотношений органов и выбирали наиболее оптимальные варианты расположения рабочих троакаров. Второй 10-мм рабочий троакар устанавливали в III межреберье по передне-аксилярной линии, третий 5-мм рабочий троакар – в VI межреберье по передне-аксилярной линии.

Первые семь операций выполняли, пользуясь тремя троакарами. Проведя анализ видеоматериала, мы пришли к заключению о необходимости введения дополнительного 5-мм троакара для

* ЦКБ № 1 ОАО РЖД, Москва