

стазов обычно составляет от 3-х недель до 4,5 месяцев, в отдельных случаях превышая 1 год (в среднем 2,7 мес.). Подавляющее большинство (84,7%) этих пациенток до момента поступления в онкологический стационар консультируются неврологом, и обычно получают курс лечения с различными неврологическими диагнозами (остеохондроз, невралгия, боль в спине и др.). Эти данные могут свидетельствовать о целом ряде вопросов, требующих изменения традиционных организационных, образовательных и лечебных подходов.

На наш взгляд важно обратить внимание врачей общей лечебной сети, что при наблюдении пациентов 3 клинической группы необходим системный, прежде всего, клинический поиск наиболее важных симптомов, среди которых ведущее место занимает боль. Именно активный целенаправленный сбор болевого анамнеза позволяет, врачу заподозрить метастатический процесс и рекомендовать больному необходимый минимум инструментальных и лабораторных методов обследования.

Литература:

1. Возный Э.К. // Современные тенденции развития лекарственной терапии опухолей. – М., 1998. – С. 12-14.
2. Вшивков В.В., Зотов П.Б. Поддерживающее лечение при поражении костей скелета у онкологических больных // Тюменский медицинский журнал. – 2006. – № 1. – С. 33-37.
3. Давиденко И.С. Некоторые аспекты диагностики и лечения рака молочной железы / Российский биотерапевтический журнал. – 2010. – Том 9, № 3. – С. 87-99.
4. Зотов П.Б. Обязательное обследование больных с опухолями, метастазирующих гематогенным путем, в целях ранней диагностики метастатических поражений позвоночника и профилактики выраженных болевых синдромов // Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении. – Ялта, 1996. – С. 48-50.
5. Зотов П.Б., Вшивков В.В. Уровень снижения боли на фоне иммобилизации при метастатическом поражении поясничного отдела позвоночника // Академический журнал Западной Сибири. – 2009. – № 6. – С. 29-30.
6. Ли Л.А. Клиника, диагностика и лечение метастазов рака молочной железы / Пособие для врачей. – Л., 1990.
7. Синяков А.Г., Зотов П.Б., Вшивков В.В., Ральченко С.А. Метастатическое поражение скелета при раке молочной железы: проблемы ранней диагностики в системе третичной профилактики // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 2. – С. 35-37.
8. Хедд Д.Д., Томпсон Р.С., Кеннеди Б.Дж. Срочная помощь в онкологии. – М., М. – 1985.
9. A new approach to the treatment of cancer-induced osteolysis // Ed. by T.Powler. Sutton, UK. - 1990. – 14 P.
10. Peel N., Eastell R. // BMJ. – 1995. – Vol. 310. – P. 989-992.

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЙ В ТЮМЕНСКОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

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 видеоторакоскопии: 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 легких, 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 2006–09 гг. выполнено 156 торакоскопических операций с использованием аппаратуры фирмы Karl Shtorts. Операции выполнялись по закрытой методике, видеоторакоскопии, 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%)	-

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.

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

Таблица 2

Диагноз	п		%
Злокачественные опухоли и метастазы	49	66	41
Рак молочной железы, парастернальная лимфодиссекция	17		
Саркоидоз	63		40
Неспецифические воспалительные изменения	5		3
Туберкулез	10		6
Доброкачественные опухоли лёгких и средостения	14		8,5
Внутриплевральные кровотечения	3		1,5
Всего	161		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:

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. Трижды мы лечили послеоперационный плеврит.

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

Таким образом, количество осложнений – 5 (3,1%).

Средний койко-день у видеоторакоскопически оперированных больных составил – 13,1, а предоперационный – 3,1. Это значительно меньше, чем у больных, которые оперируются стандартно: койко-день 20, 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.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЛИМФОМЫ. КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЙ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА

*К.А. Иванов, М.В. Ростовцев, А.А. Ваганов,
О.А. Гладков, Я.Ю. Моисеева*

Челябинская ОКБ, Уральская ГМАДО
ЧОКОД, г. Челябинск

Злокачественные лимфомы (ЗЛ) в настоящее время составляют 5% от всех онкологических заболеваний. Решающее значение в установлении диагноза ЗЛ имеет гистологическое исследование измененной лимфоидной ткани.

Для определения тактики лечения установление стадии заболевания имеет не меньшее значение, чем морфологическая форма заболевания. В оценке распространенности злокачественного процесса ведущее место отводится методам лучевой диагностики.

Нами проведена сравнительная оценка возможностей современных методов лучевой диагностики в выявлении поражения костного мозга и скелета у пациентов со ЗЛ за 2004-2008 годы. Проанализированы результаты обследования и лечения 48 пациентов в возрасте от 5 до 67 лет. Из них больных лимфогранулематозом (ЛГМ) было 30, неходжкинской лимфомой — (НХЛ) 18 пациентов. Поражение костного мозга и костей скелета выявлено у 7 пациентов. Из них 5 пациентов страдали лимфогранулематозом, 2 – неходжкинской лимфомой. В 3 случаях мы не имели возможности проводить динамические исследования костной системы из-за генерализации процесса и смерти пациентов в течении 2-3 месяцев после обнаружения патологических изменений. У 3 пациентов проводились исследования костной системы в динамике. У всех больных диагноз подтвержден при гистологическом исследовании и с помощью методики иммунофенотипирования.

Спиральную компьютерную томографию (СКТ) грудной клетки и брюшной полости проводили всем пациентам при первичном обследовании для оценки степени распространенности лимфомы и определения стадии заболевания. При этом в каждом случае помимо оценки состояния лимфоузлов и паренхиматозных органов прово-