

Выводы. Предлагаемый способ отличается эффективностью, безопасностью, экономической приемлемостью для большинства специализированных онкологических и хирур-

гических стационаров, что позволяет широко использовать данную медицинскую технологию в клинической практике.

ПРОВЕДЕНИЕ ЭНДОТРАХЕОБРОНХИАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ В КОМБИНАЦИИ С СОЧЕТАННОЙ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ И ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНЫХ БРОНХОВ И ТРАХЕИ

А.И. АРСЕНЬЕВ, М.Л. ГЕЛЬФОНД, А.С. БАРЧУК, Е.В. ЛЕВЧЕНКО, С.В. КАНАЕВ, А.А. БАРЧУК, А.В. ШУЛЕПОВ, Я.О. ВЕДЕНИН, А.О. НЕФЕДОВ

ФГУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова Росмедтехнологий», г. Санкт-Петербург

Цель исследования – оптимизация онкологической помощи больным с опухолевым поражением центральных бронхов и/или трахеи совместным использованием эндотрахеобронхиальных операций (ЭТБО), дистанционной лучевой терапии (ЛТ), брахитерапии (БТ), сочетанной ЛТ (СЛТ), химиотерапии (ХТ) и химиолучевой терапии (ХЛТ).

Материал и методы. В клинике НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова за период с 1995 года по настоящее время произведено 206 ЭТБО у 168 больных по поводу опухолевого поражения центральных бронхов и/или трахеи. В условиях ригидной бронхоскопии выполнено 143 (69,4 %) операции, а при фибробронхоскопии – 63 (30,6 %). ЭТБО осуществляются с использованием лазерных (5,9 %), электрохирургических (2,6 %) и аргоноплазменных (91,5 %) установок в основном при местнораспространенных (71,9 %) и метастатических (14,4 %) формах заболевания, а также в качестве этапа неoadъювантного лечения (13,7 %).

Результаты. Сразу после операции все больные отмечали значительное улучшение самочувствия, уменьшение одышки, слабости и интоксикации, что подтверждалось клинико-лабораторными и рентгенологическими данными, показателями ФВД. Большинству пациентов (n=149; 88,7 %) после ЭТБО проводилось дополнительное специальное лечение. В 13,7 % производилась ХТ, в 30,7 % применялись раз-

личные виды ЛТ, а в 27,5 % – ХЛТ. Для контроля эффективности лечения, наряду с прочими методами, использовалась эндоскопическая аутофлуоресцентная спектроскопия. При всех видах химиолучевого лечения при III стадии медиана выживаемости (МВ) превышала 14 мес, а при IV – 12 мес (p<0,001), в то время как у больных, которым проведена только ЭТБО, МВ не превышала 6 мес. В 37,3 % случаев лечение дополнено фотодинамической терапией, что повысило МВ выживаемости до 17 мес. У 13,7 % больных с местнораспространенными формами немелкоклеточного рака лёгкого проведение ЭТБО дало возможность в последующем произвести радикальное хирургическое вмешательство, что позволило добиться увеличения МВ до 23 мес, а медианы до прогрессирования – до 20 мес. Летальных осложнений при проведении ЭТБО не было, а общее их число составило 8,5 %. У 3,3 % пациентов при не устранимой иным способом угрозе критического рестеноза производилось стентирование. Проведённое исследование качества жизни показало, что своевременное выполнение комплексного лечения у данного контингента больных повышает его показатели на 30–50 %.

Выводы. Предлагаемое комплексное лечение больных с опухолевым поражением центральных бронхов и/или трахеи отличается достаточно высокой степенью воспроизводимости, значительной эффективностью, безопасностью,

экономической приемлемостью для большинства специализированных онкологических ста-

ционаров, что позволяет широко использовать его в клинической практике.

ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ

С.Г. АФАНАСЬЕВ, А.В. АВГУСТИНОВИЧ

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Опухоли средостения представляют собой один из наиболее сложных разделов в клинической онкологии. По гистологической структуре выделяются более ста различных новообразований данной локализации, которые составляют от 0,5 до 7 % всех опухолей человека. Топографо-анатомические особенности, своеобразие клинической картины затрудняют диагностику и уточнение нозологической принадлежности патологических процессов этой области; соответственно, нет достаточно четкой тактики лечения больных, с учетом современных требований онкологии. Хирургический метод остается основным в лечении большинства больных опухолями средостения. Несмотря на значительный прогресс лучевой и химиотерапии до сих пор не сформулированы принципы отбора больных в зависимости от нозологической формы и гистологической структуры опухоли средостения. В последние годы применение видеоторакоскопии (ВТС) позволяет морфологически верифицировать диагноз, определиться с операбельностью опухолевого процесса, в ряде случаев ВТС позволяет выполнить достаточный объем хирургического вмешательства.

Материал и методы. В торакоабдоминальном отделении НИИ онкологии СО РАМН (г. Томск) за период с 2002 по 2010 г. с опухолями средостения наблюдалось 33 пациента. Возраст больных колебался от 18 до 64 лет, в среднем составил 34 года. По нозологическим группам больные распределились следующим образом: тератома – 7 (21,2 %), доброкачественные тимомы – 8 (24,2 %), злокачественные тимомы – 5 (15,2 %), кисты средостения – 6 (18,1 %), лимфогранулематоз тимуса – 3 (9,1 %), невринома – 4 (12,1 %). Всем пациентам до операции проведено комплексное обследование, включающее в себя рентгенографию органов грудной клетки,

фибробронхоскопию, исследование функции внешнего дыхания, спиральную компьютерную томографию с болюсным усилением.

Результаты. Всем пациентам операцию начинали с видеоторакоскопии (ВТС) с целью более точной морфологической верификации диагноза. У 6 пациентов ВТС носила лечебно-диагностический характер, было выполнено оперативное вмешательство в объеме тотальной биопсии. В 3 случаях ВТС потребовала выполнения мини-торакотомии для обеспечения безопасного удаления новообразования и извлечения последнего из гемиторакса. У 24 больных после оценки распространенности процесса была выполнена торакотомия в связи с большими размерами опухоли, что не позволяло свободно и безопасно манипулировать в плевральной полости. Из них 5 пациентам в связи с распространением опухолевой инфильтрации на соседние органы осуществлены комбинированные вмешательства с резекцией или удалением смежных органов (перикард, лёгкое, пищевод). Послеоперационный период у 3 пациентов (9,1 %) осложнился пневмонией на стороне торакотомии. При анализе отдалённых результатов лечения больных с новообразованиями средостения в течение трёх лет мы не наблюдали ни одного местного рецидива.

Выводы. Всем пациентам с новообразованиями средостения для уменьшения количества неоправданных торакотомий, на первом этапе хирургического лечения показано проведение видеоторакоскопии. При верификации злокачественных новообразований предпочтение должно отдаваться широкой торакотомии. Хирургический этап лечения у данной группы больных должен по показаниям дополняться химиолучевой терапией.