

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., Рытвинский 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

гионарного рецидивирования. Следовательно, их нельзя рассматривать как онкологически радикальные операции, и они могут быть использованы только если состояние пациента не позволяет выполнить лобэктомию [6, 8]. При систематической медиастинальной лимфодиссекции удаляются лимфоузлы 2, 4, 7, 8, 9, 10 групп при правосторонних локализациях рака, и 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 групп при левосторонних локализациях рака легкого [4]. Бурное развитие эндоскопических технологий, происходившее за последнюю четверть века, позволило выполнять радикальную операцию раке легкого видеоторакоскопическим способом.

Цель работы: сравнить результаты оперативного лечения пациентов с раком легкого, оперированных с применением видеоторакоскопической методики и стандартной открытой.

Материал и методы.

В исследование были включены 71 пациент (48 мужчин и 23 женщин) с раком, проходивших обследование и лечение в Тюменском областном онкологическом диспансере с апреля 2011 по ноябрь 2013 года. Критериями включения пациентов в исследование были: рак легкого I-II стадии, по данным предоперационного стадирования и функциональная операбельность. Пациенты были рандомизировано разделены на две группы. В исследуемой группе производились видеоторакоскопические операции (ВТС), в контрольной группе производились традиционные (ТО). В группе ВТС вмешательство производилось полностью видеоторакоскопически, посредством 3-4 торакопортов, и, перед извлечением препарата один из торакопортов расширялся до 4-5 см, без применения реберных расширителей. Либо через однопортовый доступ 4-5 см, также без применения реберных расширителей. Систематическая медиастинальная лимфодиссекция (СМЛ) проводилась аналогично с открытой хирургической техникой.

Таблица 1

Общие сведения о пациентах исследуемой (ВТС) и контрольной (ТО) групп

Показатель	ВТС (n=35)	ТО (n=36)	P
Мужчины	20	27	p=0,45
Женщины	15	9	p=0,45
Возраст, годы	56,4±4,8	58,4 ±8,6	p=0,126
ECOG 0	29	31	p=0,38
ECOG 1	6	5	p=0,38
Артериальная гипертензия	15	14	p=0,59

ИБС	9	10	p=0,84
ХОБЛ	10	15	p=1,0
ЖЕЛ, %	86,6±10,3	89,2±18,2	p=0,49
ФЖЕЛ, %	81±10,7	77±11,4	p=0,42
ОФВ1, %	79±11,5	74±10,2	p=0,19

В группе ТО, вмешательство выполнялось из бокового торакотомного доступа 20-25 см, в 4-5 межреберье, без резекции ребер, с применением двух ранорасширителей. СМЛ производилась рутинно.

Распределение по полу, возрасту, общему состоянию, сопутствующей патологии представлено в табл. 1.

Из данной таблицы видно, что пациенты обеих групп достоверно сопоставимы по полу, возрасту, общему состоянию и сопутствующей патологии.

Результаты и их обсуждение.

Всем пациентам были произведены радикальные лобэктомии с СМЛ. В группе ВТС было две конверсии, которые вызвало неконтролируемое видеоторакоскопически интраоперационное кровотечение. Летальных исходов не было.

Распределение по видам лобэктомий в обеих группах представлено в табл. 2.

Таблица 2

Распределение по видам лобэктомий в исследуемой (ВТСЛ) и контрольной (ОЛ) группах

Вид лобэктомии	ВТС		ТО		Всего	
	n	%	n	%	n	%
Верхняя лобэктомия слева	5	14,3	7	19,4	13	18,3
Верхняя лобэктомия справа	6	17,1	5	13,8	10	14
Средняя лобэктомия справа	2	5,7	2	5,5	4	5,6
Нижняя лобэктомия слева	9	25,7	7	19,4	16	22,5
Нижняя лобэктомия справа	9	25,7	9	25	18	25,3
Нижняя билобэктомия справа	1	2,8	--	--	1	1,4
Верхняя лобэктомия справа с циркулярной резекцией правого главного бронха	1	2,8	1	2,7	2	2,8
Пневмонэктомия слева	2	5,7	3	8,3	5	7,04
Пневмонэктомия справа	--	--	2	5,5	2	2,8
Всего	35	100	36	100	71	100

Основные интраоперационные и послеоперационные данные представлены в табл. 3.

Продолжительность ВТС оказалась достоверно больше чем ТО, в среднем на 49 минут ($p<0,005$). Кровопотеря во время ВТС была в среднем ниже, и составила $170\pm 75,2$ мл по сравнению с $286\pm 106,1$ мл в группе ТО.

Таблица 3

Интраоперационные и послеоперационные данные
обеих групп пациентов

Показатель	ВТС (n=35)	ТО (n=36)	P
Операционное время, мин	$225\pm 59,3$	$175,7\pm 20,2$	$p<0,005$
Интраоперационная кровопотеря, мл	$170\pm 75,2$	$286\pm 106,1$	$p=0,009$
Размер удаленной опухоли при периферических формах, см	$2,7\pm 0,5$	$2,6\pm 1,2$	$p=0,908$
Число удаленных лимфоузлов	$8,8\pm 1,5$	$8,4\pm 1,7$	$p=0,9$
Длительность стояния дренажа в плевральной полости, сут	$5,65\pm 2$	$11\pm 7,93$	$p=0,036$
Длительность воздухотечения, сут	$1,8\pm 1,2$	$5,35\pm 6,5$	$p=0,02$
Плоскоклеточный рак	17	17	
Аденокарцинома	9	10	
Другие	9	9	
Стадия Ia	21	23	
Стадия Ib	10	9	
Стадия IIa	4	4	

Однако следует признать разницу в 110 мл клинически малозначимой ($p=0,009$). Онкологический радикализм оценивался по количеству удаленных медиастинальных лимфоузлов – разницы по этому показателю в группах ВТС и ТО не обнаружено ($P=0,9$).

Послеоперационные осложнения представлены в табл. 4.

Таблица 4

Послеоперационные осложнения в обеих группах
оперированных пациентов

Послеоперационные осложнения	ВТС (n=35)		ТО (n=36)	
	n	%	n	%
Несостоятельность культи бронха	--	--	1	2,8
Несостоятельность межбронхиального анастомоза	--	--	1	2,8
Пневмония	--	--	2	5,5
Хилоторакс	--	--	1	2,8
Эмпиема плевры	1	2,85	1	2,8

Перекрыт доли легкого	1	2,85	--	--
Всего	2	5,7	6	16,6

В группе ВТС мы наблюдали два осложнения. В одном случае развилась ограниченная эмпиема плевры, которая была купирована на фоне консервативных мероприятий. Во втором случае возник перекрыт средней доли правого легкого после верхней лобэктомии справа.

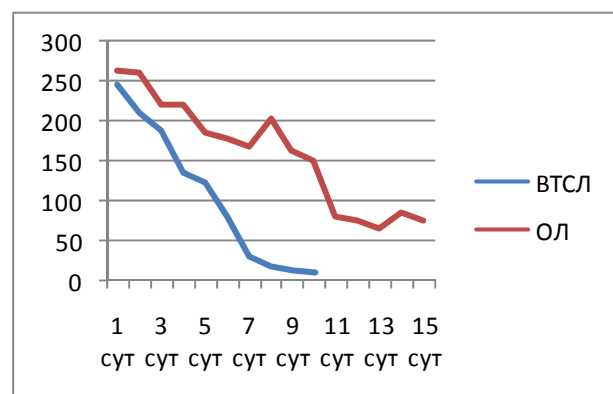


Рис 1. Экссудация в послеоперационном периоде по плевральным дренажам у пациентов обеих групп.

Это потребовало произвести на 12 сутки после операции торакотомию, среднюю лобэктомию. В группе ТО в двух случаях развилась внутрибольничная пневмония. Было по одному случаю эмпиемы плевры и хилоторакса. Самыми тяжелыми осложнениями были: в одном случае несостоятельность культи верхнедолевого бронха, и, в другом, несостоятельность межбронхиального анастомоза. Именно эти осложнения и большая травматичность ТО закономерно привели к трехкратному увеличению длительности воздухотечения в послеоперационном периоде: $1,8\pm 1,2$ сут в группе ВТС против $5,35\pm 6,5$ сут в группе ТО ($p=0,02$), повышению дебита экссудата по плевральным дренажам (рис. 1); и, в конечном итоге, к двукратному увеличению длительности стояния дренажа в плевральной полости: $5,65\pm 2$ сут в группе ВТСЛ против $11\pm 7,93$ сут в группе ТО ($p=0,036$).

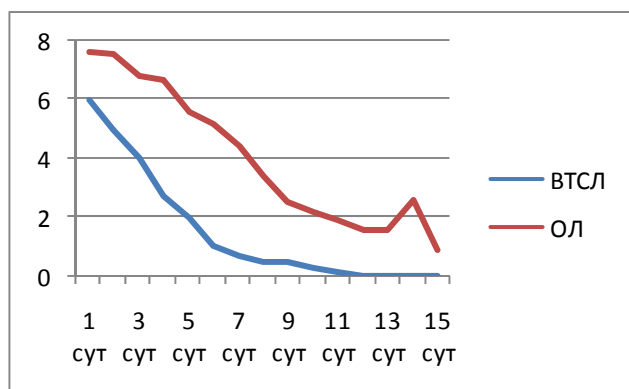


Рис. 2. Динамика болевого синдрома в обеих группах оперированных пациентов

Болевой синдром в послеоперационном периоде оценивался по визуальной аналоговой шкале боли (рис. 2). В группе ВТС уровень боли к 5-6 суткам после операции снижался до 1, а к моменту выписки большинство пациентов не отмечали болевого синдрома. В группе ТО к 5-6 суткам уровень боли был выше 5, и к моменту выписки из стационара болевой синдром сохранялся.

Выводы.

ВТС показали себя безопасными хирургическими вмешательствами. Несмотря на большую продолжительность, ВТС характеризовались 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 ВТС не компрометируются. Это позволяет предложить, при ранних формах периферического рака легкого, ВТС как альтернативу традиционной ТО.

Литература:

1. Акопов А.Л. Левашев Ю.Н. Эксплоративные торакотомии: причины неоперабельности немелкоклеточного рака легкого // Вопросы онкологии. – 2002. – Том 48, № 1. – С. 78-82.
2. Давыдов М.И. Принципы хирургического лечения злокачественных опухолей в торакоабдоминальной клинике // Вопросы онкологии. – 2002. Том 48, №4-5. – С. 468-479.
3. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. // Вестник РОНЦ им. Блохина РАМН. – 2009. – Том 20, №3. – С. 158.
4. Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е. Рак легкого – М., 1994. – С 216.
5. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. Рак легкого: руководство. – М., 2009. – С. 39.
6. Bilfinger T.V. Baram D. Sublobar resection in nonsmall cell lung carcinoma // Curr. Opin. Pulm. Med. – 2008. – Vol. 14. – P. 292-296.
7. De Leyn P., Lardinois D., Van Schil P.E. et al. ESTS guidelines for preoperative lymph node staging for non-small cell lung cancer // Eur. J. Cardiothorac. Surg. – 2007. – Vol. 32, № 1. – P. 1-8.
8. Schuchert M.J., Pettiford B.L., Keeley S. et al. Anatomic segmentectomy in the treatment of stage I non-small cell lung cancer // Ann Thorac Surg. – 2007. – Vol. 84 – P. 926-932.

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ КАБИНЕТА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Н.М. Федоров, М.М. Наумов,
В.И. Павлова, О.Н. Царев

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

Рак молочной железы (РМЖ) является наиболее частой онкологической патологией. Ежегодно в мире данной патологией заболевает более 1,2 млн. женщин, в России соответственно регистрируются более 57 тыс. новых случаев заболевания и более 23,3 тыс. смертей от РМЖ. Заболеваемость раком молочной железы в РФ в 2011 г. составила 74,8 на 100 тыс. населения, в структуре заболеваемости женского населения на его долю приходится 20,4%. В Тюменской области в 2012 году выявлено 477 случаев РМЖ, заболеваемость составила 73,38 на 100 тыс. населения. Практически все пациентки получают различную комплексную терапию, один из основных компонентов которой – хирургическое