

А.В. Августинович, А.А. Завьялов, С.Г. Афанасьев, М.Ю. Волков

Сибирский государственный медицинский университет,
ГУ НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН,
г. Томск

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ

Адекватная диагностика и лечение внутригрудных новообразований достаточно сложны. Видеоторакоскопия (ВТС) позволяет установить диагноз и произвести необходимые лечебные манипуляции. Это позволяет избежать неоправданных торакотомий. Торакоскопические вмешательства были выполнены 70 больным. В 100 % случаев верифицированы объемные образования органов грудной полости. Предварительный диагноз существенно изменен и дополнен. В 17,1 % выполнено радикальное удаление новообразования. Послеоперационные осложнения отмечены у 5 пациентов (7,2 %).

Ключевые слова: онкология, видеоторакоскопия.

Adequate diagnosis and treatment of intrathoracic tumors are rather complicated. Videothoracoscopy (VTS) makes it possible to make the diagnosis and to administer the required treatment allowing unjustified thoracotomies to be avoided. Thoracoscopy was performed on 70 patients. Large tumors in the chest were verified in 100 % of cases. Preliminary diagnosis was considerably changed and supplemented. Radical surgery was performed in 17,1 % of cases. Postoperative complications were observed in 5 of patients (7,2 %).

Key words: oncology, videothoracoscopy.

Вопрос диагностики и лечения внутригрудных новообразований является одним из наиболее сложных в современной онкологии. Все применяемые неинвазивные методы диагностики, такие как рентгенологическое исследование, компьютерная и ЯМР томографии, радиоизотопное и ультразвуковое исследования, позволяют нам получить информацию о величине, локализации, структуре и степени распространения процесса. На основании этих методов и строится клинический диагноз. Однако очень часто он носит общий предположительный характер и включает в себя большую группу заболеваний, при которых лечебная тактика оказывается совершенно различной.

Чрезвычайно важно до операции иметь морфологическую верификацию диагноза. Для этой цели в настоящее время применяют один из видов эндоскопической хирургии — видеоторакоскопию (ВТС), которая позволяет не только с точностью установить диагноз, но и произвести необходимые лечебные действия. При правильном использовании верификация патологического процесса достигается в 99-100 % случаев, точность оценки составляет 96,6 % [1, 2, 3]. Это позволяет в 2/3 случаев избежать неоправданных торакотомий.

Относительная безопасность метода, а также минимальное количество осложнений (до 6,5 %) позволяет широко использовать данный метод в онкологической практике [1, 4, 5]. Основными показаниями к проведению ВТС в онкологии с диагностической целью, по данным литературы [1, 4, 6, 7], являются экссудативный плеврит неясной этиологии, диссеминированные заболевания легких, определение стадии рака легкого, медиастинальные лимфаденопатии, злокачественные опухоли средостения, уточнение природы перикардита [4, 6, 7]. С лечебной целью ВТС может быть использована в следующих случаях: периферические доброкачественные опухоли легких, доброкачественные опухоли средостения, доброкачественные опухоли пищевода, солитарные легочные метастазы, периферический рак легкого T1-2N0M0, рак молочной железы (в этом случае возможно проведение парастернальной лимфаденэктомии). А также для лечения послеоперационных осложнений (гемоторакс, эмпиема плевры и т.д.).

К относительным противопоказаниям к проведению ВТС можно отнести: недостаточность кровообращения IIa ст., ИБС, стенокардия напряжения IIФК, нарушения сердечного ритма по типу желудочковой и наджелудочковой экстрасистолы, гор-

монозависимая форма бронхиальной астмы, сахарный диабет в стадии декомпенсации, дыхательная недостаточность 3 степени, коагулопатии, синдром сдавления верхней полой вены, облитерация плевральной полости. Как показывает опыт, риск ВТС в значительной мере может быть снижен путем проведения на дооперационном этапе адекватной терапевтической подготовки. К абсолютным противопоказаниям к ВТС относятся недостаточность кровообращения IIБ-III ст., инфаркт миокарда в острой и подострой стадии, острое нарушение мозгового кровообращения, некорректируемая коагулопатия [1, 2, 6, 7, 8].

В торако-абдоминальном отделении НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН в период 2003-2005 гг. торакоскопические вмешательства были выполнены 70 больным. Среди них мужчин было 41, женщин — 29. Возраст больных составил от 17 лет до 71 года. Всем больным перед выполнением ВТС проведено комплексное клинико-инструментальное обследование.

У большинства пациентов (49 больных) рентгенологическое исследование было дополнено компьютерной томографией. На основании полученных результатов были выставлены следующие клинические диагнозы: мезотелиома плевры — 6 больных, лимфоаденопатия — 13, метастатическое поражение легких — 10, опухоль средостения — 13, периферическое образование легких — 5, центральный рак легкого — 4, периферический рак легкого — 2, гамартома — 2, липома — 1, метастазы в плевру — 2, саркоидоз — 9, опухоль передней грудной стенки — 3 больных.

Далее всем больным проводилась ВТС. Операция выполнялась под эндобронхиальным наркозом с раздельной вентиляцией легких. Положение больного на операционном столе стандартное. Доступ для троакаров выбирался с учетом характера, локализации патологического процесса и задач вмешательства. Чаще всего торакопорт вводили в V межреберье по средне-ключичной линии. При вмешательствах на нижних отделах использовали III-IV межреберье, при операциях на передневерхних отделах средостения — VI-VIII межреберье. После осмотра плевральной полости вводили дополнительные манипуляционные торакопорты под контролем зрения. Их количество и точки введения определяли с учетом характера предполагаемой операции. При диагностической торакокопии, как правило, достаточно одного рабочего торакопорта. При оперативной торакокопии их вводят два или три. Последовательно осматривали легкое, висцеральную и париетальную плевру, диафрагму, органы средостения. Обращали внимание не на наличие выпота, высыпаний или наложений на плевре, патологических образований в средостении. После окончания операции легкое под контролем зренияправляли. Плевральную полость дренировали одним или двумя дренажами, устанавливаемыми в точках расположения верхнего и нижнего торакопортов. Всегда в операционной готов комплект инструментария для торакотомии.

Продолжительность операций составила 26-90 минут.

В результате ВТС опухоли средостения были удалены в 12 случаях. Среди них: злокачественная тимомы — 2 случая, доброкачественная тимомы — 5, тератома — 1, невринома — 2, лимфогранулематоз тимуса — 2, в 1 случае диагностирована дермоидная киста средостения. Гипердиагностика злокачественности лимфом была отмечена в 2 случаях. Четкое представление о гистологической структуре опухоли позволило провести адекватное планирование и выполнение оперативного вмешательства. Важным является также то обстоятельство, что была правильно определена не только природа новообразования, но и степень местного распространения.

При медиастинальных лимфоаденопатиях (18 случаев) наиболее часто обнаружен саркоидоз — 12 человек, гистиоцитоз лимфатических узлов — 4, метастатическое поражение — 2 больных.

Среди округлых образований легких (21 случай) встречались следующие формы: метастазы — 5 больных, гамартома — 2, туберкулома — 4, висцеральный саркоидоз легких — 4 человека. У пациентов с доброкачественными изменениями и солитарными метастазами ВТС обеспечила не только установление истинного диагноза, но и выполнение эндохирургического удаления этих образований. В 6 случаях обнаружены остаточные явления перенесенного воспаления с исходом в очаговый пневмофиброз.

При патологии плевры (11 случаев) обнаружены: метастазы по плевре — 2 больных, мезотелиома плевры — 2. Эти заболевания сопровождались упорным плевритом, в процессе ВТС произведен плевродез, обеспечивший впоследствии облитерацию плевральной полости. Неспецифические изменения обнаружены у 3 больных, в одном случае — липома реберно-диафрагмального синуса, у 3 пациентов — внутриполостная фиброма передней грудной стенки.

В диагностике центрального (3 человека) и периферического (4 человека) рака легкого, помимо установления морфологической принадлежности опухоли, важная роль отводилась определению операбельности и резектабельности процесса. У 2 пациентов подтверждено врастание на значительном протяжении в верхнюю полую вену конгломерата метастатических лимфатических узлов, у 1 пациента — врастание в аорту. Эти пациенты были извлечены от неоправданной торакотомии. В остальных случаях проведено комбинированное лечение, где основным этапом явилась радикальная операция.

Применение видеоторакоскопической технологии позволило в 100 % верифицировать объемные образования органов грудной полости. Предварительный диагноз был существенно изменен и дополнен. Благодаря малой травматичности вмешательства, время пребывания больных в стационаре после ВТС не превышало 7 дней. Наряду с этим, отмечается хороший косметический эффект — отсутствовали торакотомные рубцы, не происходило деформации грудной клетки, так как не пересекались межреберные

мышцы. Не было необходимости в длительном назначении анальгетиков.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 5 больных (7,2 %). Подкожная эмфизема, вследствие негерметичности легочной паренхимы, развилась у 3 больных. Эти явления купированы консервативно. В 1 случае отмечен парез возвратного нерва, у 1 пациента — обострение туберкулезного процесса.

Таким образом, видеоторакоскопия является высокоэффективным малоинвазивным методом диагностики и лечения внутригрудных новообразований и может быть использована для дифференциальной и уточняющей диагностики изолированных медиастинальных лимфаденопатий, опухолей средостения, округлых и диссеминированных поражений легких, первичных и метастатических опухолей плевры, экссудативных плевритов неясной этиологии. Несомненно ее информативность при определении местно-регионарного распространения рака легкого. По мере накопления опыта и улучшения технического оснащения многие заболевания легких, грудной стенки и средостения можно будет с успехом диагностировать и лечить методом ВТС.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями /под ред. В.И. Чиссова. — М., 1989. — 300 с.
2. Опасности и осложнения при торакоскопических операциях /Решетов А.В. и др. //Применение сшивающих аппаратов в лапароскопической и торакоскопической хирургии: Междунар. конф. — СПб., 1997. — С. 44.
3. Федоров, И.В. Эндоскопическая хирургия /Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. — М., 2001. — 350 с.
4. Значение видеоторакоскопии в диагностике новообразований органов средостения /Барчук А.С., Лемехов В.Г. и др. //Вопросы онкологии. — 1999. — Т. 45, № 3. — С. 218-221.
5. Видеоторакоскопия в диагностике и лечении новообразований легкого, средостения, плевры /Клименко В.Н., Барчук А.С., Лемехов В.Г., Щербачев А.М. //Вопросы онкологии. — 2002. — Т. 48, № 3. — С. 371-376.
6. Equipment for Thoracoscopy /Allen M., Traster V., Daly R. et al. //Ann Thorac Surg. — 1993. — V. 56. — P. 620-623.
7. Video-Assisted Thoracoscopic Vascular Ring Division in Infants and Children /Burke R., Rosenfeld H., Wernovsky G., Jones R. //JACC. — 1995. — V. 25, N 4. — P. 943-947.
8. Thoracoscopic Pulmonary Surgery: Indications and Result /Hau T., Forster R., Gandawidjaja L., Heemken R. //Eur. J. Surg. — 1996. — V. 162. — P. 23-28.

ФОЛИЕВАЯ КИСЛОТА ПОЛЕЗНА ДЛЯ СТАРЕЮЩЕГО МОЗГА

Повышенное потребление фолиевой кислоты помогает сохранить умственные способности в старости, полагают голландские ученые, отчет об исследовании которых опубликован в журнале *Lancet*.

По данным исследователей, мужчины и женщины в возрасте 50–70 лет, регулярно принимающие добавки с фолиевой кислотой, сохраняют уровень умственных способностей, характерный для людей, которые в среднем на 5 лет младше них.

В продолжавшемся 3 года исследовании приняли участие 818 добровольцев. Часть из них регулярно принимали капсулы с фолиевой кислотой, другие получали вместо этого вещества таблетки-пустышки.

Итоговые тесты на память и сообразительность показали, что участникам, принимавшим фолиевую кислоту, в большей мере удалось сохранить умственные способности, которые, как известно, снижаются по мере старения.

Кроме того, у получавших полезный ингредиент испытуемых были зафиксированы пониженные уровни гомоцистеина — вещества, повышающего риск сердечно-сосудистых заболеваний и деменции.

Наблюдатели отмечают, однако, что повышенный уровень фолиевой кислоты в организме пожилых людей маскирует недостаток другого важного элемента — витамина B12, дефицит которого может привести к заболеваниям нервной системы. Эту опасность необходимо учитывать, прежде чем рекомендовать фолиевую кислоту в качестве средства профилактики старческого слабоумия.

Источник: Medportal.ru