

ЛИТЕРАТУРА

1. Дудниченко А.С., Дышлевая Л.Н., Садчикова М.В. Рак молочной железы. Стандарты, обследования и лечения: Метод. рекомендации. — Харьков, 2004. — 56 с.
2. Поляков С.М., Моцик К.В., Левин Л.Ф. Злокачественные новообразования в Беларуси 1994–2003 / Под ред. А.А. Граковича, И.В. Залуцкого. — Мн.: БЕЛЦМТ., 2004.

3. Трапезников Н.Н., Аксель Е.М. Новое в терапии рака молочной железы / Под ред. Н.И. Переводчиковой. — М., 1998. — 246 с.
4. Tavassoli F.A., Devilee P. Pathology and Genetics of Tumours of the Breast and Female Genital Organs, WHO. — Lion, 2003.

Поступила 17.11.2005

УДК 617.5

ВИДЕО-АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

А.С. Карпицкий, С.В. Панько, Р.И. Боуфалик,
Л.А. Никитюк, А.В. Рыжко, А.М. Шестюк

Брестская областная больница
Брестский государственный университет

Обобщен опыт выполнения видеоторакоскопических вмешательств у пациентов Брестской областной больницы.

Показана эффективность видеоторакоскопических вмешательств не только при травмах и проникающих ранениях грудной клетки, но и субплеврально расположенных доброкачественных опухолях, а также как первый этап хирургического лечения рака легкого с солитарным контрлатеральным метастазом.

Ключевые слова: видеоторакоскопия, грудная клетка, травма, опухоль.

VIDEO ASSISTED THORACIC SURGERY FOR TREATMENT OF THORACIC TRAUMA AND LUNG TUMORS: REVIEW OF CLINICAL TREATS

A.S. Karpitzky, S.V. Panko, R.I. Boufalik,
L.A. Nikitiuk, A.V. Ryzhko, A.M. Shestiuk

Brest Regional Hospital
Brest State University

The result of 34 video assisted operated patients within two last years was assessed.

Video assisted thoracic bullectomy and pleurodesis is associated with better outcomes and short the hospital stay of patients with chest trauma. Video assisted minor resections is the operation of choice to radical treatment of benign subpleural neoplasms. The operation is also useful as first stage in surgical treatment of malignant tumors those localizations.

Key words: video assisted, thorax, surgery, trauma, tumor.

Введение

Золотым стандартом при диагностике травм и заболеваний грудной клетки являются физикальное обследование, рентгенография и компьютерная томография (КТ) грудной клетки, аортография и бронхоскопия. Перечисленные обследования надежны в диагностике патологии крупных сосудов, паренхимы легкого, трахеи, бронхов и костей. Однако видеоторакоскопические

пособия более информативны при определении источника гемоторокса, повреждение диафрагмы, а также при изучении распространенности, дифференциальной диагностике и верификации объемных процессов в средостении и грудной клетке. Эндоскопические операции в торакальной хирургии стали шире применяться в практике из-за малой травматичности, короткого послеоперационного периода, снижения

частоты послеоперационных осложнений [4]. В ряде случаев видеоторакоскопические операции позволяют избежать выполнения пробных и необоснованных торакотомий при злокачественных опухолях легких и средостения, травмах и ранениях грудной клетки, а также оперировать больных с низкими функциональными показателями [3].

Материалы и методы

Обобщен опыт выполнения видеоторакоскопических вмешательств у 34 пациентов отделения торакальной хирургии Брестской областной больницы в течение последних полутора лет (с 2002 года по август 2004 г.). 12 пациентов лечились по поводу рецидивирующего пневмоторакса; 10 пациентов обследовались с предварительным диагнозом: «Опухоль средостения»; 3 человека пролечены по поводу рецидивирующего гидроторакса; в 4 случаях видеоторакоскопия применена при травмах и ранениях грудной клетки, и у 5 больных эндоскопическая методика применена при субплеврально расположенных образованиях в легких. В 20 случаях выполнялись лечебные мероприятия, в 14 — диагностические. Диагностическая торакоскопия выполнялась с использованием аппарата «Эскулап» с формированием торакопортов в 4-м межреберье по передней подмышечной линии и в 6-м межреберье по средней подмышечной линии, через которые в плевральную полость вводились оптика и манипулятор.

Лечебные оперативные вмешательства при рецидивирующих пневмотораксах заключались в электрокоагуляции булл с плевродезом либо видеоассистированной атипичной резекции легкого. Для облитерации плевральной полости применялся химический плевродез (96% спиртом либо йодонатом с тальком), физический плевродез (электрокоагуляция межреберных промежутков до средней подмышечной линии и скарификация плевры от средней подмышечной линии до грудины). При видеоассистированной резекции легкого формируется дополнительный порт для введения в плевральную полость сшивающего аппарата «AUTO SUTURE» серий TA 30 48S и TA45 48S.

Результаты

Выполнение видеоторакоскопии при травмах и проникающих ранениях грудной клетки в 4 случаях позволило установить источник и объем кровотечения, произвести

адекватное дренирование плевральной полости с целью предупреждения формирования свернувшегося гемоторакса и избежать открытой торакотомии. Больные выписаны из стационара и приступили к труду в среднем через 9,5 суток после травмы. При проведении открытых торакотомий у больных с аналогичными повреждениями и тяжестью общего состояния средние сроки лечения составили 14–16 суток. Основным противопоказанием к видеоторакоскопии при травмах считали нестабильную гемодинамику с подозрением на профузное кровотечение.

Из 10 больных с опухолями средостения видеоторакоскопическую биопсию образования с последующей морфологической верификацией удалось выполнить в 6 случаях, в том числе 4 больным с синдромом верхней полой вены, что позволило безотлагательно начать специфическое лечение. У 2 больных из этой группы из-за облитерации плевральной полости потребовалось выполнить диагностическую торакотомию. У 2 пациентов с опухолью легкого и визуализацией на компьютерной томографии органов грудной клетки контрлатеральных лимфоузлов средостения (подозрение на N3) проведенная видеоторакоскопическая биопсия лимфатических узлов позволила гистологически исключить метастатическое поражение их опухолью и выполнить радикальные операции.

Проведение видеоторакоскопии у больных с длительными рецидивирующими вторичными плевритами (при хроническом рецидивирующем панкреатите) позволило в 3 случаях достигнуть полной облитерации плевральной полости.

Внедрение видеоторакоскопических операций позволяет значительно расширить показания к хирургическому лечению больных, страдающих буллезной эмфиземой легких [2]. Оперативное лечение рецидивирующего спонтанного пневмоторакса методом видеоторакоскопической электрокоагуляции булл с плевродезом было эффективно в пяти из восьми случаев. Средняя продолжительность пребывания в стационаре этих больных составила 10,5 койко-дней, а послеоперационный период — 9,6 суток, тогда как при выполнении операций открытым способом эти показатели составили 16 и 12 суток соответственно. Неэффективность малоинвазивных операций наблюдалась, когда коа-

гулировались буллы диаметром более 2 см. В этих случаях из-за массивного сброса воздуха по дренажам и коллабироваия лёгкого на 3 сутки выполнена торакотомия с атипичной резекцией буллезно измененных сегментов легкого. 4 больным при обнаружении при видеоторакокопии единичных булл более 2 см выполнены видеоассистированные резекции легких, после чего рецидивы пневмоторакса не возникали.

Из пяти случаев выполнения видеоассистированных резекций легкого при субплеврально расположенных очаговых образованиях в четырех операции являлись радикальными, поскольку морфологически была подтверждена доброкачественность новообразований. Причем в одном случае предоперационный диагноз: «Множественные метастазы рака неустановленной первичной локализации в левое легкое и в правую долю печени» был исключен во время операции с помощью последовательно проведенных лапароскопии с биопсией печени и видеоассистированной резекции легкого.

Клинические примеры:

Больная Е., 1965 г.р. находилась на диспансерном учете у фтизиатров в течение 2 лет и 7 месяцев по поводу туберкуломы нижней доли левого легкого, от оперативного лечения воздерживалась. При контрольном обследовании выявлено дополнительное образование меньших размеров в верхней доле левого легкого и очаговое образование в правой доле печени. Больная консультирована онкологом и с предварительным вышеуказанным диагнозом для морфологической верификации направлена в торакальное отделение. УЗИ органов брюшной полости: в правой доле печени (6–7 сегменты) визуализируются округлые гипэхогенные образования без четких контуров, неоднородной структуры, диаметром до 23 мм. Rg-графия органов грудной клетки: в S-5 и S-8 левого легкого неправильно-округлой формы образования 1,5×1,0 см и 2×2,5 см с довольно четкими, но неровными контурами — «Туберкуломы левого легкого?». После операции установлен гистологический диагноз: «Капиллярные гемангиомы легкого и печени». В итоге больная снята с онкологического учета и выписана с выздоровлением на 7 сутки.

Не менее интересен случай двухэтапного оперативного лечения больного с ве-

рифицированным периферическим раком левого легкого и признаками метастаза в верхнюю долю правого легкого.

У больного Л., 1941 г.р. верифицирован периферический рак левого легкого и заподозрен метастаз в верхнюю долю правого легкого. Больной дообследован: КТ органов грудной клетки — «признаки периферического рака S-6 левого легкого и метастазом в S-3 правого легкого»; КТ головного мозга — «объемный процесс головного мозга не выявлен»; сцинтиграфия костей скелета и печени — «равномерное накопление РФП»; стеральная пункция — «метастазов другой локализации не выявлено». Проведенные обследования подтвердили, что развитие онкопроцесса у данного пациента соответствует обязательным условиям отбора больных, у которых можно планировать «радикальное» удаление метастазов в легких [1]. Выполнена видеоассистированная атипичная резекция легкого, метастаз подтвержден гистологически. Через 5 дней после первой операции больному произведена радикальная операция на первичном опухолевом очаге, проведено специфическое лечение. Больной наблюдается в течение восьми месяцев.

Выводы

1. Видеоторакокопическая диагностика является эффективным методом при травмах и проникающих ранениях грудной клетки, позволяющим выбрать адекватную тактику ведения больных с данной патологией и сократить сроки лечения в стационаре.

2. Использование видеоторакокопической пункционной биопсии при опухолевых заболеваниях органов грудной клетки позволяет в ряде случаев, когда исчерпаны диагностические возможности «золотого стандарта», принять решение о проведении безотлагательного специфического лечения либо операбельности злокачественного образования.

3. Видеоторакокопическая электрокоагуляция булл диаметром до 2 см в сочетании с плевродезом является операцией выбора в лечении рецидивирующего спонтанного пневмоторакса, тогда как при более выраженном буллезном процессе предпочтительнее выполнение видеоассистированной резекции легкого.

4. Видеоассистированные атипичные резекции легких при субплеврально расположенных очаговых образованиях могут рассматриваться в качестве радикальных

операций при доброкачественных опухолях и как первый этап хирургического лечения больных раком легкого с солитарным метастазом в контрлатеральное легкое.

ЛИТЕРАТУРА

1. Трахенберг А.Х., Чиссов В.И. Клиническая онкопульмонология. — М: ГЭОТАР Медицина, 2000 — 600 с.

2. Шнитко С.Н. // Медицинские новости. — 2004. — № 7. — С. 35–40.

3. Lowdermilk G.A., Naunheim K.S. // Surgical clinics of North America. — 2000. — Vol. 80. — № 5. — P. 1535–1542.

4. Weissberg D., Schachner A. // Ann Ital Chir. — 2000. — Vol. 71. — № 5. — P. 539–543.

Поступила 20.10.2005

УДК 616.33-006

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЙ РАК ЖЕЛУДКА

В.Л. Кожар, Ю.В. Крылов, В.В. Голубцов, А.Ю.Крылов

Витебский областной клинический онкологический диспансер

Витебское областное патологоанатомическое бюро

Витебский государственный медицинский университет

В настоящее время имеется устойчивая тенденция к увеличению числа пациентов с первично-множественными злокачественными опухолями. Это в полной мере относится и к опухолям желудочно-кишечного тракта и желудка, в частности. В данной статье мы постарались выяснить на большом клиническом материале особенности сочетанного поражения желудка с другими органами и выявить преимущественное поражение отдельных органов, что позволит диагностировать вторые опухоли в более ранней стадии злокачественного процесса.

Ключевые слова: желудок, первично-множественный рак.

PRIMARY MULTIPLE CARCINOMA OF STOMACH

V.L. Kozhar, Yu.V. Krylov, V.V. Golubtzov, A.Yu.Krylov

Vitebsk Regional Clinical Oncological Dispensary

Vitebsk Regional Pathologoanatomic Bureau

Vitebsk State Medical University

In the present time the stable tendency to the increasing number of patients with primary multiple malignant has been noted.

Based on the investigations of the long-term results of surgical treatment of patients with gastric carcinoma the authors tried to detect the peculiarities of combined lesion of stomach with involved organs and to reveal the predominant tumor localization of some separate organs.

This article lets physicians diagnose the secondary malignant tumors in the early stage of disease.

Key words: stomach, primary multiple carcinoma.

В настоящее время в онкологии сложился новый раздел, посвященный первично-множественным новообразованиям. Первично-множественные опухоли — это две или более самостоятельных злокачественных опухолей у одного и того же больного. Первично-множественные опухоли необходимо отличать от мультифокальных (мультицентрических), билатеральных и системных злокачественных новообразований.

Мультифокальные или мультицентрические опухоли — это множественные опухоли в одном органе одинаковой гистологической структуры, билатеральные опухоли — опухоли в парных органах также одинаковой гистологической структуры. Системные злокачественные новообразования — это опухоли, возникшие в разных участках одной системы. Первично-множественными являются опухоли одинаковой или