РАЗНОЕ

ТЕХНОЛОГИЯ ДЛИТЕЛЬНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ: ПЛЕВРАЛЬНЫЕ ПОРТ-СИСТЕМЫ В ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПЛЕВРТА. СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ

Е.Д. Печерица, А.А. Лукин

ГАУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»

Актуальность: Несмотря на современное комплексное лечение улучшить результаты лечения у пациентов с метастатическим плевритом не удалось. Традиционные методы эвакуации сопровождаются высоким риском травматизации легочной паренхимы, необходимости дренирования и высокой вероятности развития эмпиемы плевры. В связи с этим возникла необходимость в поиске новых подходов к лечению рецидивов плеврита.

Цель работы: Оценить результаты первого опыта имплантации порт-системы в сравнении с традиционными методами эвакуации плеврита и улучшить качество жизни пациентов.

Материалы и методы: Группа А (7 пациентов) - традиционные методы эвакуации плеврита, группа Б (7 пациентов), имплантация порт-системы. Критерии включения - верификация плеврита, соматический статус ECOG 0-2. Критерии исключения - облитерация плевральной полости, соматический статус ECOG 3-4. Группа А - торакоцентез с эвакуацией жидкости (6 пациентов) – пневмоторакс, выполнено дренирование Группа Б - имплантация порт-системы. Первым этапом – торакоцентез, следующим этапом конец катетера устанавливался в задний синус. В проекции реберной дуги разрез кожи 5 сантиметров, на фасцию мышц - камера порт-системы. При рентгенологическом пневмотораксе воздух эвакуировался через иглу Губера. Пациенты выписаны на 3 сутки.

Результаты: 6 пациентов (43%) из обеих групп - пневмоторакс. Группа Б (3 человека) - малый пневмоторакс, воздух эвакуирован иглой Губера. Группа А (3 человека) - дренирование плевральной полости, что затянуло сроки госпитализации. 78% пациентов (11 человек) - уменьшение дыхательной недостаточности. 7 пациентов (50%) из группы Б отмечали отсутствие болевого синдрома. У 14 (100%) пациентов - диагностирован рецидив плеврита на 21 сутки. Пациентам группы Б жидкость эвакуирована в амбулаторных условиях., группа А – госпитализация пациентов. 4 пациентам (28%) продолжена противоопухолевая терапия. Инфекционные осложнения - 3 пациента (21%) группы А, где сохранялось воздухоистечение после дренирования.

Заключение/выводы: 1. Порт-система улучшает качество жизни у пациентов с рецидивирующим плевритом, нивелируя осложнения при пункциях плевральной полости. 2. Технически простая имплантация под местной анестезией и отсутствие болевого синдрома. 3. Возможность проведения через порт-систему внутриплевральной противоопухолевой терапии и эвакуации жидкости средним медицинским персоналом в амбулаторных условиях.

КОМБИНИРОВАННОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ КАНЦЕРОГЕННЫХ МЕТАЛЛОВ/ ПОЛУМЕТАЛЛОВ И РИСК РАКА ЛЕГКОГО

О.В.Шаньгина, А.Ф.Мукерия, Д.Г.Заридзе

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» МЗ РФ

Актуальность: Известно, что экспозиция к мышьяку, кадмию, хрому (VI) и никелю повышает риск рака легкого (РЛ). Тем не менее, рабочие часто подвергаются одновременному воздействию нескольких металлов/полуметаллов, а в эпидемиологических исследованиях в основном изучаются экспозиции к каждому из них.

Цель работы: Изучить комбинированное профессиональное воздействие мышьяка, кадмия, хрома (VI) и никеля на риск РЛ.

Материалы и методы: В анализе использовались данные исследований, проведенных методом «случай-контроль» в 7 европейских странах и включающих 5 797 участников (2861 случаев и 2936 контрольных лиц). Показатели для оценки профессионального воздействия мышьяка, кадмия, хрома (VI) и никеля, включали степень вероятности экспозиции (возможное, вероятное или определенное), частоту экспозиции, определяемую как процент рабочего времени, проведенного при экспозиции (1-5%, 5-30%, >30%), и интенсивность экспозиции (низкая, средняя и высокая). Статистический анализ проводился с использованием безусловной логистической регрессии с расчетом относительного риска (ОР) и 95% доверительных интервалов (ДИ), которые были скорректированы с учетом исследовательского центра, возраста,

пола, статуса и стажа курения. Для парных сравнений и оценки взаимодействий между отдельными токсикантами как в мультипликативной, так и в аддитивной моделях рассчитывались отношения шансов взаимодействия и относительного избыточного риска из-за взаимодействия, соответственно.

Результаты: ОР для комбинированного воздействия мышьяка и кадмия, а также мышьяка и хрома (VI) был выше, чем для отдельных металлов/полуметаллов (ОР 1.2–1.4 для отдельных металлов/полуметаллов и ОР > 2.0 для комбинированного воздействия). Однако мы не обнаружили статистически достоверных доказательств их взаимодействия в аддитивной и мультипликативной моделях. Результаты для совместного воздействия трех или четырех металлов/полуметаллов были основаны на небольшом количестве экспонированных: ОР при экспозиции ко всем четырем изучаемым факторам по сравнению с отсутствием экспозиции составил 2,44 (95% ДИ 1,03–5,75) на основе 20 случаев и 9 лиц контрольной группы.

Заключение/выводы: Полученные результаты свидетельствуют о наличии ограниченных доказательств взаимодействия между профессиональной экспозицией к мышьяку, кадмию, хрому (VI) и никелю и риском развития РЛ. Эти результаты подчеркивают необходимость проведения более масштабных исследований с достаточной статистической мощностью для более точной оценки потенциального взаимодействия между канцерогенными металлами/полуметаллами.

ESP-БЛОК КАК КОМПОНЕНТ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ ПРИ ТОРАКАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Сергейчев В.А., Каганов О.И. Крюкова Э.Г., Саликов Э.А., Тремазова Ю.В.,

ГбУЗ Самарский областной клинический онкологический онкодиспансер

Актуальность: Эффективное периоперационное обезболивание и аналгезия в раннем послеоперационном периоде при вмешательствах на органах грудной клетки (торакотомия, видеоассистированная торакоскопия) имеют первостепенное значение в тактике ведения пациентов. Выраженный болевой синдром приводит к угнетению легочной вентиляции, снижению дыхательного объема и нарушению эвакуации мокроты, что создает предпосылки для развития ателектазов, пневмонии и дыхательной недостаточности уже с первых суток после операции. Исторически торакальная эпидуральная аналгезия (ТЭА) считалась «золотым стандартом» обезболивания в данной области, что подкреплено значительной доказательной базой. Однако эта методика сопряжена с техническими трудностями и риском серьезных осложнений, таких как непреднамеренная пункция твердой мозговой оболочки, постпункционные головные боли, эпидуральные гематомы и абсцессы. В качестве альтернативы как на интраоперационном этапе, так и в раннем послеоперационном периоде рассматривается блокада мышцы, выпрямляющей позвоночник (ESP-блок), — более поверхностная и технически простая процедура, лишенная многих из вышеуказанных угроз. Механизм и методика выполнения: ESP-блок представляет собой фасциальную блокаду, суть которой заключается во введении местного анестетика (например, ропивакаина) в пространство между глубокой поверхностью m. erector spinae и поперечными отростками грудных позвонков. Препарат распространяется в краниальном и каудальном направлениях, проникая сквозь межпоперечные связки к вентральным и дорсальным корешкам спинномозговых нервов, чем достигается ипсилатеральная сенсорная блокада. Продолжительность действия однократной инъекции позволяет охватить как интраоперационный, так и ранний послеоперационный период; кроме того, возможна установка катетера для продленной аналгезии. Процедура выполняется под ультразвуковой навигацией. Датчик позиционируется сагиттально для получения четкой картины поперечного отростка целевого позвонка (чаще Т4-Т5). Игла продвигается в плоскости сканирования к заданной точке; после гидропрепарирования фасциального пространства вводится основной объем анестетика. Сравнительные преимущества ESP-блока: Безопасность: Игла не проникает в эпидуральное или интратекальное пространство, что практически исключает риск нейротравмы, тотальной спинальной анестезии и гематомы. Отсутствует риск симпатической блокады, что минимизирует артериальную гипотензию. Техническая простота: Ультразвуковая визуализация поперечного отростка и фасциальной плоскости является более простой задачей по сравнению с идентификацией эпидурального пространства, что особенно важно для пациентов с ожирением или деформациями позвоночника. Применимость у пациентов с коагулопатией: ESP-блок может быть безопасной опцией для пациентов, получающих антикоагулянтную терапию, где выполнение ЭА противопоказано.

Цель работы: Оценить эффективность ESP-блока на грудном уроне в составе мультимодальной аналгезии во время операций на грудной клетке и првести сравнительный анализ с торакальной эпидуральной анестезией.

Материалы и методы: В проспективное рандомизированное сравнительное исследование было включено 80 пациентов, запланированных на видеоторакоскопию или атипичную резекцию легкого. Пациенты были разделены на две группы: группа ESP (n=40), которым до индукции в анестезию выполнялся ультразвуковой ESP-блок на соответствующем уровне (Th4-Th6) с введением 20-25 мл 0.375% ропивакаина,