

СРАВНЕНИЕ ТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ И ТОРАКОТОМИЧЕСКИХ МЕТОДИК НА БАЗЕ ГОКОД

Левковец О.В., Тулуп Д.Л., Штырхунов Д.В.,
научный руководитель – доц., к. м. н. Похожай В.В.

Гомельский государственный медицинский университет, кафедра онкологии, г. Гомель

Ключевые слова: торакотомия, торакоскопия, опухоль, осложнения.

Резюме: В данной статье изучено влияние торакотомических и торакоскопических методов лечения онкологических заболеваний органов грудной полости на различные показатели. Полученные данные позволили определить преимущества торакоскопического метода лечения.

Resume: In this article the influence of thoracotomic and thoracoscopic methods of treatment of oncological diseases of organs of a thoracic cavity on various indicators is studied. The data allowed to determine the advantages of the thoracoscopic treatment method.

Актуальность. Лечение больных с онкологическими заболеваниями органов грудной полости в настоящее время остается актуальным и довольно сложным процессом, так как большинство заболеваний выявляется в более поздних стадиях, когда опухоль может стать нерезектобельной. В результате чего так важно проводить скрининг среди населения учитывая наличия факторов риска.

Исходя из этого, так важно проводить наиболее щадящие и эффективные методы лечения и диагностики.

Цель: оценка качества торакоскопического метода оперативного лечения.

Задачи: сравнение торакоскопического и торакотомического методов исследования по различным показателям.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач был проведен ретроспективный и проспективный анализ историй пациентов, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении в период с 2015 по 2017 гг. в УЗ "ГОКОД". Медиана возраста пациентов составила 58,5 (49;64) лет. Всего в исследовании участвовало 86 человек. Количество мужчин составило 47 человек (54,6%), количество женщин составило 39 человек (45,4%).

Всем пациентам в предоперационном периоде проведён комплекс диагностических исследований, включающий анализ жалоб, анамнеза, данных физикального обследования, общее и биохимическое исследование крови, общий анализ мочи, коагулограмма, инструментальные методы обследования (ФВД, спирография, КТ, УЗИ, рентгенография ОГП)

Пациенты были разделены на 2 группы: 1) Пациенты с торакотомией
2) Пациенты с торакоскопией

Клиническая медицина

В первую группу исследования были включены 45 пациентов, медиана возраста 58,5 [49;64] лет. Среди них мужчин – 18 (40%), женщин – 27 (60%). Количество городских жителей – 39 (86,7%) человек, из сельской местности – 6 (13,3%).

Вторую группу исследования составили 41 пациент, медиана возраста 58,5 [49;64] лет. Среди них мужчин – 29 (70,7%), женщин – 12 (29,3%). Количество городских жителей – 30 человек (73%), из сельской местности – 11 (27%).

Полученные данные обработаны с помощью программы «Statistica 13». Статистический анализ осуществляли с использованием параметрических и непараметрических методов.

Были использованы непараметрические методы статистического исследования: критерий Mann–Whitney U-test (для анализа различий двух независимых групп по количественному признаку и критерий Kruskal- Wallis (для анализа различий трёх независимых групп по количественному признаку). Критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы принимали равным, и менее 0,05.

Результаты и их обсуждения. При проведении анализа между группами пациентов не выявлено статистически значимых различий (Mann–Whitney U-test: $p=0,0727$) по инфузионной терапии. В группе пациентов, оперированных торакотомическим доступом, медиана инфузионной терапии составила 4 (4;5) , с помощью торакоскопического доступа– 4 (3;5) .

Не выявлено статистически значимых различий (Mann–Whitney U-test: $p=0,0777$) по продолжительности операций . В группе пациентов, оперированных торакотомическим доступом, медиана продолжительности операций составила 70 (60;80) минут, с помощью торакоскопического доступа– 60 (50;75) минут .

Так же при исследовании зависимости дней ОТО от вида оперативного вмешательства, не было выявлено статистически значимых различий (Mann–Whitney U-test: $p=0,35$). В группе пациентов, оперированных торакотомическим доступом, медиана инфузионной терапии составила 11 (8;15), с помощью торакоскопического доступа– 12 (8;13)

В зависимости от доступа, по показателям введения анальгетиков операции были выявлены статистически значимые различия между группами пациентов с различными видами доступов (таблицы 1 и 2).

Табл.1 – Показатели Введение анальгетиков пациентам в зависимости от вида оперативного доступа при (Me [Q₂₅; Q₇₅]).

Показатель	Торакотомический (n=41)	Торакоскопический(n=45)	U	Z	p
Введение анальгетиков	6 (2;12)	4 (2;15)	68,0000	2,1961	0,025 <

Клиническая медицина

Как видно из приведенной таблицы, введение анальгетиков уменьшилось в среднем на 2 дня, при использовании торакоскопического доступа. Данный факт объясняется тем, что минимизируется повреждение тканей, тем самым повреждается меньше нервных волокон.

Табл. 2. – Показатели продолжительности дней в ОАРИТ пациентов в зависимости от вида оперативного доступа (Me [Q₂₅; Q₇₅]).

Показатель	Торакотомический (n=41)	Торакоскопический (n=45)	U	Z	p
Продолжительность дней в ОАРИТ, дней	4 (3;5)	4 (3;4)	615,5	-2,6501	0,008

Из приведенной таблицы видно, что применение торакоскопического метода также уменьшает продолжительность дней в ОАРИТ в среднем на 1 день.

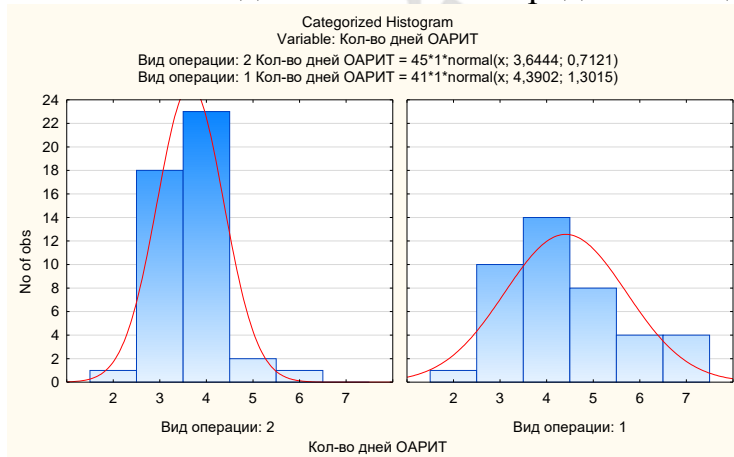


Рис.1. - Количество дней в ОАРИТ в зависимости от операционного доступа.

Как видно на представленных графиках, наименьшая продолжительность дней в ОАРИТ одинакова, в группе 1 и 2 – 2 дня, но наибольшая в группе 2 - 7 дней.

Табл. 3. – Показатели продолжительности АБ-терапии в зависимости от вида оперативного доступа (Me [Q₂₅; Q₇₅]).

Показатель	Торакотомический (n=41)	Торакоскопический (n=45)	U	Z	p
АБ-терапия, дней	5 (4;7)	4 (4;5)	666	-2,2584	0,0239

Пациенты, оперированные торакотомическим доступом, дольше проводилась АБ-терапия, что связано с большим объемом операционного доступа, и, как следствие, с необходимостью более длительной терапии.

Клиническая медицина

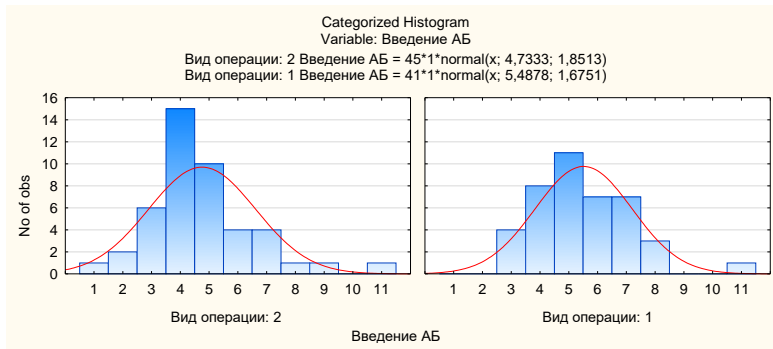


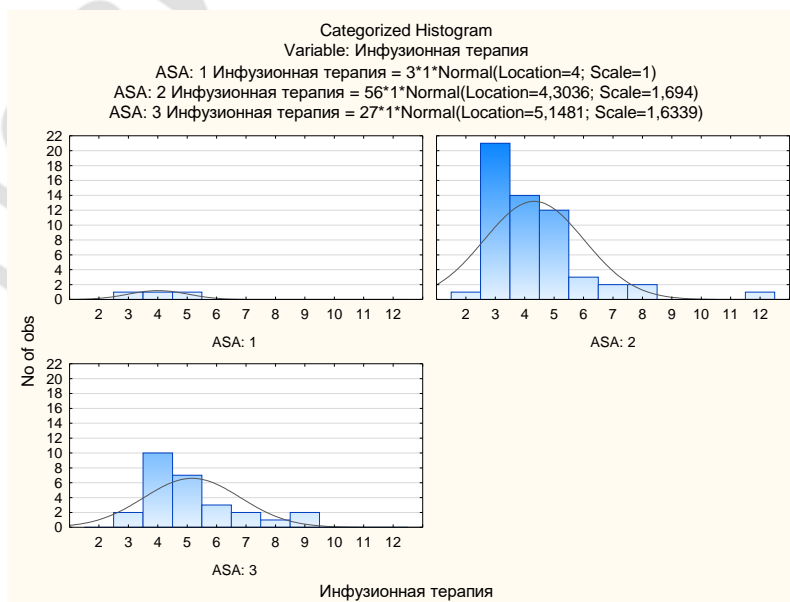
Рис. 2. - Введение антибиотиков в зависимости от операционного доступа.

Как видно на представленных графиках, наименьшая продолжительность АБ-терапии в ОАРИТ одинакова, в группе 1 - 1 день, наибольшая в группе 1 и 2- 11 дней. Наибольший пик пациентов (15) в группе 1 принимали антибиотики в течении 4 дней, а во второй(13) в течении 5 дней.

Выявленное отсутствие статистически значимых различий между группами риска ASA в зависимости от пребывания в ОАРИТ (Kruskal- Wallis test: $H = 0,338$; $p = 0,8443$), указывает на тот факт, что в послеоперационном периоде они были переведены в данное отделение для интенсивного наблюдения, предупреждения и раннего выявления возможных осложнений, которые могли бы быть связаны как с оперативным вмешательством, так и с сопутствующей патологией.

Отсутствуют статистические значимые различия между ASA и количество дней в ОТО (Kruskal- Wallis test: $H = 5,55$; $p = 0,0627$) и между введением анальгетиков (Kruskal- Wallis test: $H = 5,4$; $p = 0,0676$).

Выявлены статистически значимые различия по инфузионной терапии (Kruskal- Wallis test: $H = 7,46$; $p = 0,0240$)



Клиническая медицина

Рис.3. - Зависимость инфузионной терапии от ASA.

Для ASA 1-2 медианой является 4 дня инфузионной терапии, а среднее введение 3-5 дней. Для ASA 3 медиана 5 дней, а средняя 4-6 дней. Из этого делаем вывод, что существует зависимость инфузионной терапии.

Также выявлены статистически значимые ($U=273,5$; $Z=-5,6$; $p=0$) различия между группами по факту назначения в послеоперационном периоде наркотических анальгетиков (Sol. Promedoli 2% - 1,0 в/м). При проведении парного теста, различия выявлены между всеми группами ($p<0,05$) (Рисунок 4).

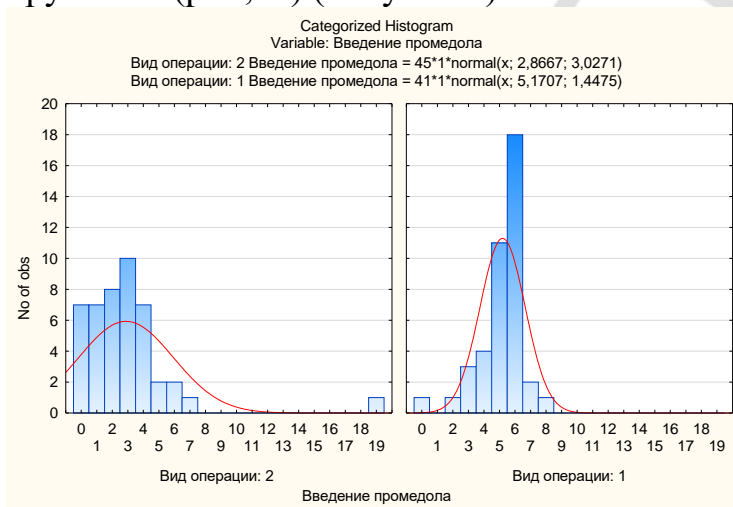


Рис.4.- Зависимость введения промедола от метода оперативного вмешательства.

Из графика видно, что наименьшая частота назначения наркотических анальгетиков отмечена среди пациентов 2 группы(10) исследования. Наивысшая – среди пациентов 1 группы(18).

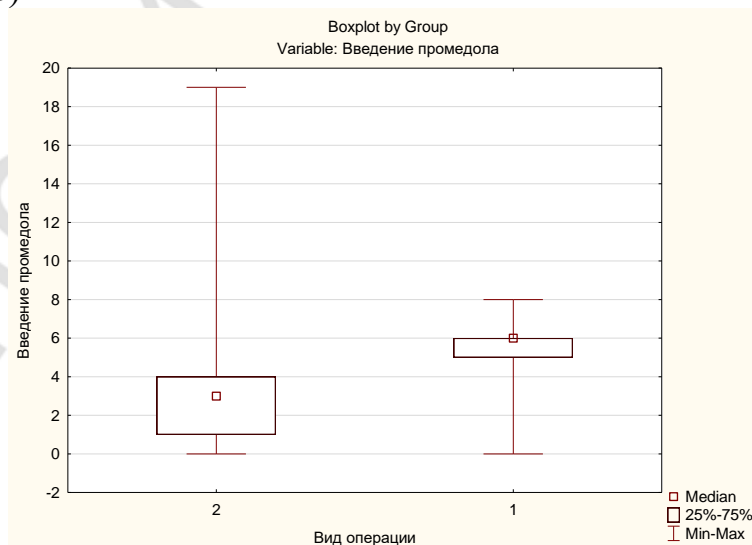


Рис.5. - Частота введения промедола от вида операции.

Клиническая медицина

Из графика видно, что медиана введения промедола при торакоскопическом доступе составила 3, при торакотомическом - 6. Это обусловлено меньшей травматизацией тканей и повреждением нервных волокон.

Выводы: Отсутствие статистически значимых различий между ASA, введении анальгетиков и количества дней в ОАРИТ в послеоперационном периоде, позволяет сделать вывод, что только вид операции влияет на количество дней в ОАРИТ, введение анальгетиков и промедола. Немаловажными преимуществами торакоскопического вида оперативного вмешательства являются экономическая эффективность, так как снижается количество дней в ОАРИТ, введение промедола, анальгетиков и уменьшается продолжительность АБ-терапии.

Литература

1. Вишневецкий А. А., Рудаков С. С., Миланов Н. О. Хирургия грудной стенки: Руководство. — М.: Видар, 2005. — С. 268—286. — 312 с.
2. Трахтенберг А. Х., Чиссов В. И. Клиническая онкопульмонология. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. — С. 266—269. — 600 с.
3. Фергюсон М. К. Атлас торакальной хирургии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 14—31
4. Пландовский В. А., Шнитко С. Н., Анисимовец В. Н. Видеоторакоскопические операции (рус.) // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — М.: Медиа Сфера, 1998. — № 11. — С. 25—26.
5. Т.Л. Обухова, Д.Д. Сехниадзе, А.В. Лысцов. Видеоторакоскопические анатомические резекции лёгкого в торакальной онкологии. -Тюменский медицинский журнал. Том16 , №4.
6. Видеотехнологии в торакальной хирургии. Ю.Л. Шевченко, Ю.А. Облицов, Н.О.Травин, С.С. Орлов. Национальный медико-хирургический центр ММА им.И.М. Сеченова.
7. Т.Л. Обухова, Д.Д. Сехниадзе, А.В. Лысцов, В.Ю. Зуев, А.Н. Лагутов. Результаты торакоскопических операций в Тюменском онкодиспансере. Тюменский медицинский журнал № 3-4.