

# ВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОНКОЛОГИИ

**С.Г. Афанасьев**

*НИИ онкологии ТНЦСОРАМН*

За минувшее десятилетие в хирургии произошли события, коренным образом изменившие, казалось бы, незыблемые принципы оперативного лечения многих заболеваний, - появилась методика видеоэндоскопической хирургии. Довольно долго онкология оставалась в стороне от «столбовой дороги» современной хирургии. Осторожность онкохирургов вполне понятна, поскольку преимущества малоинвазивной технологии наиболее ярко проявляются там, где травматичность хирургического доступа превалирует над травматичностью непосредственно самой полостной операции. При выполнении радикальных онкологических операций степень хирургической агрессии в последнюю очередь определяется доступом. Кроме того, при видеохирургическом вмешательстве в значительной мере может пострадать радикальность операции

Однако по мере совершенствования аппаратуры, инструментов и технологии в торакальной онкологии стали применяться торакоскопические операции при заболеваниях легкого, плевры, средостения, пищевода. Внедрение швипающих аппаратов, которые упростили резекцию полых органов брюшной полости и последующего формирования анастомозов, и разработка адекватной техники «закрытой» лимфодиссекции позволили внедрить эндохирургию и в абдоминальную онкологию.

В настоящее время четко определены абсолютные противопоказания для видеохирургических вмешательств, к ним относятся: злокачественные опухоли яичников, первичный рак надпочечников, местнораспространенный рак желудка, рак толстой кишки, при размерах опухоли более 7 см, злокачественные опухоли средостения больших размеров, центральный рак легкого.

Рассмотрим возможности видеохирургических технологий при основных локализациях опухолей внутренних органов.

## **Рак желудка**

Радикальные операции в объеме дистальной субтотальной резекции желудка или гастрэктомии могут быть выполнены при раке дистального отдела желудка, стадия T<sub>1</sub><sup>2</sup>. Они выполняются как видеоассистированные вмешательства или «закрытым» способом с применением швипающих аппаратов «EndoGIA». Большинство авторов сообщают о небольшом числе наблюдений (Егиев В.Н., 1995; Watanobe K., 1992), методика находится в стадии накопления фактов.

Паллиативные операции (гастростомы, обходные анастомозы) обычно выполняются в режиме видеоассистированных операций. Полностью «закрытые» паллиативные вмешательства являются неоправданно дорогостоящими и значительно удлиняют время операции (Вартанян Л.И., 1999).

## **Рак толстой кишки**

Для этой локализации накоплен наибольший опыт видеохирургических операций. Не вызывают сомнений их преимущества и целесообразность по сравнению с традиционными «открытыми» оперативными вмешательствами (Шельгин Ю.А., 2001). Продолжительность операций в среднем составляет 160 мин, средние сроки пребывания больных в стационаре 6-7 дней (Александров В.Б., 1999; Frantzides С.Т., 1997). Трех- и пятилетняя выживаемость составляет 78,9 и 66,7% соответственно (Сажин В.М., 2002).

Операция показана при опухолях не более 7 см, особенностями оперативной техники являются полноценная ревизия, профилактика имплантационных метастазов (удаление макропрепарата в контейнере, кисетные швы вокруг троакаров), полноценная лимфодиссекция (препаровка сосудов брыжейки), минимальный контакт с опухолью, достаточный объем резекции ( 6-7 см от края опухоли). Формирование анастомозов возможно экстраабдоми-

нальным или интраабдоминальным способом, в последнем случае вручную или с помощью сшивающих аппаратов.

### Рак пищевода

Принципиально возможны 3 варианта вмешательства: торакоскопическая мобилизация пищевода с обширным иссечением лимфоузлов с традиционной лапаротомией, гастропластикой и абдоминальной лимфодиссекцией с формированием цервикального эзофагогастроанастомоза; медианоскопическое выделение пищевода с эзофагопластикой из абдоминального доступа; лапароскопический гастролизис с интраторакальным анастомозом через традиционный торакотомный доступ. Чаще всего применяется 1-й вариант. Наибольшим опытом располагают В.А. Марийко, В.В. Нечай (2002), сообщившие об операциях у 17 больных раком пищевода: II ст. - 9; III ст. - 6, продолжительность операции одной бригадой хирургов - 7-8 ч, одновременное выполнение торакоскопического этапа и абдоминального с трансхиатальным выделением н/3 пищевода двумя бригадами - 4-4,5 ч. Преимуществами метода являются снижение травматичности и интенсивности болевого синдрома после операции, раннее восстановление функции легких, снижение числа послеоперационных осложнений. Недостатками - длительность операции, отсутствие отдаленных результатов, что не дает возможности судить об адекватной радикальности метода.

### Торакальная онкология

Торакоскопия является одним из наиболее информативных и малотравматичных инвазивных методов диагностики заболеваний органов грудной полости, что позволяет использовать его для прицельной биопсии плевры, лимфоузлов, опухолей средостения, ткани легкого. Верификация патологического процесса достигается в 99-100%, точность оценки распространенности опухолевого процесса достигает 96,6%, что в 2/3 случаев предупреждает неоправданные пробные торакотомии (Барчук А.С., 2002). Метод достаточно безопасен, интра- и послеоперационные осложнения наблюдаются в 0,3-6,5% (Перельман М.И., 1995; Сигал Е.И., 2001). Показаниями являются доброкачественные опухоли легких (периферические) и сре-

достения; солитарные и/или множественные метастазы в легкое; периферический рак легкого в стадии T<sub>1</sub>, N<sub>0</sub>; парастернальная лимфодиссекция при раке молочной железы.

В торакоабдоминальном отделении НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН торакоскопические вмешательства выполняются с июля 2001 г., прооперировано 32 больных (18 мужчин, 14 женщин) в возрасте 17-68 лет. Вмешательства выполнялись с помощью видеостойки «Olympus». В зависимости от патологии пациенты разделены на 4 группы (таблица):

- объемные образования средостения - 14,
- округлые образования в легких, патология плевры - 11,
- рак легкого - 4 (операбельная опухоль - 1, нерезектабельная опухоль - 3),
- видеоассистированные операции - 3 (1 - удаление злокачественной тимомы средостения, 2 - удаление солитарного метастаза в легкое).

Продолжительность торакоскопических операций равнялась 26-90 мин. Больные после пробуждения и восстановления самостоятельного дыхания переводились из палаты интенсивной терапии в отделение в среднем через 3-6 ч. Достоверно меньше, по сравнению с традиционными торакотомиями, продолжалось дренирование плевральной полости (1-2 дня), во всех случаях требовался только 1 дренаж и назначение наркотических анальгетиков. Выписка из стационара производилась на 3-7-е сут после операции, в среднем через 4,7 дня, швы снимались на 7-8-е сут послеоперационного периода. Послеоперационные осложнения возникли у 3 больных: подкожная эмфизема, парез п. *recipiens*, обострение туберкулезного процесса. У 1 больной при видеоассистированном удалении злокачественной тимомы развилось летальное кровотечение из сосудов средостения.

Таким образом, применение видеоторакальных технологий позволило в 100% морфологически верифицировать объемные образования органов грудной клетки, причем расхождение исходного и заключительного диагноза отмечено в 64% случаев (16 больных). В 20% случаев (5 больных - доброкачественная тимома, невринома, метастаз меланомы, гамартома, туберкулома) необходимые лечебные действия выполнены непосредственно во время видеоторакоскопии, в 12% (3 больных) выполнены отсрочен-

## Характеристика групп больных

Вид патологии	Кол-во больных
Медиастинальная лимфаденопатия:	8 (3*)
- саркоидоз Бека	5 (1*)
- воспалительные изменения	2*
- метастаз железистого рака	1
Опухоли средостения:	6*
- саркоидоз Бека	1*
- злокачественная тимома	2*
- тератома	1*
- доброкачественная тимома	1*
- доброкачественная невринома	1*
Округлые образования легких	4 (3*)
- ХНЗЛ	1*
- метастаз меланомы	1
- гамартома	1*
- туберкулома	1*
Патология плевры	7*
- метастазы в плевру	3*
- неспецифические фиброзные изменения	3*
- липома грудной стенки	1*

Примечание: \* - больные, у которых диагноз до операции носил дифференциальный характер или не соответствовал послеоперационному

ные стандартные вмешательства. Трех больным раком легкого во время диагностической торакоскопии подтверждена неоперабельность про-

цесса, что позволило избежать неоправданной торакотомии и снизить степень операционной травмы.