

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

В.И. Соловьёв, А.А. Макуров, Е.Н. Семкина, Л.А. Шляховая

Смоленский областной онкологический клинический диспансер

Кафедра онкологии ГОУ ВПО СГМА

Резюме: В статье приведены результаты применения ультразвукового исследования при выполнении лапароскопии по поводу лимфопролиферативных заболеваний органов брюшной полости.

Ключевые слова: лапароскопия, ультразвуковое исследование, лимфопролиферативные заболевания.

LAPAROSCOPY IN THE DIAGNOSIS OF LYMPHOPROLIFERATIVE DISEASES OF THE ABDOMINAL CAVITY

Solovyev V.I., Makurov A.A., Semkina E.N., Shlahovaya L.A.

Summary: The article presents the results of the ultrasound study in the laparoscopy about lymphoproliferative diseases of the abdominal cavity organs.

Key words: laparoscopy, ultrasound examination, lymphoproliferative diseases.

Актуальность: в последние годы все больше различных хирургических вмешательств выполняются с применением новых технологий. К их числу относятся эндохирургические операции, выполняемые на органах брюшной полости и забрюшинного пространства с использованием широкого арсенала видеоэндоскопической техники. Возможность визуального обследования органа, пораженного опухолевым процессом, определение степени распространенности и, главное, установления морфологической структуры опухоли в ряде случаев ставит метод видеолапароскопии в преимущественное положение по отношению к другим диагностическим исследованиям.

В настоящее время в связи с внедрением в клиническую практику эндохирургических вмешательств, особую актуальность приобретает интраоперационная диагностика. Прогресс и развитие лапароскопических хирургических технологий и необходимость интраоперационного ультразвукового исследования привели к созданию ультразвуковых датчиков для лапароскопической диагностики, вводимых в брюшную полость через один из портов. За счет внутриволокнистого введения ультразвукового датчика и расположения его непосредственно на органах и тканях в зоне интереса удается исключить интерпозицию полых газосодержащих и других органов, использовать для исследования этих структур высокую частоту ультразвука, которая, как известно, позволяет получать изображение тканей и проводить исследование с более высокой разрешающей способностью. Метод эндоскопического ультразвукового исследования за счет полипозиционности делает возможным изучение тех участков органов и тканей, определение которых при трансабдоминальном ультразвуковом исследовании затруднительно и неинформативно за счет недостаточной визуализации (терминальный отдел холедоха, хвост поджелудочной железы, парааортальные и другие группы лимфатических узлов).

Применение видеолапароскопии с интраоперационным ультразвуковым исследованием (ИОУЗИ) дает возможность совместить высококачественный осмотр органов и тканей брюшной полости и забрюшинного пространства с их структурным изучением в зонах интереса, позволяя тем самым прецизионно диагностировать опухолевые поражения органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Сочетание визуальных данных, инструментальной ревизии и возможность одновременного структурного изучения тканей с помощью ультразвукового метода, а также получение биопсийного материала для морфологической верификации диагноза – это необходимые условия оперативной техники в эндоскопической хирургии.

Применение видеолапароскопии с использованием интраоперационного УЗИ позволяет значительно повысить информативную ценность диагностики

опухолевых заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Дает возможность точно установить локализацию опухоли, не визуализируемой при обычной лапароскопии.

Материалы и методы. На клинической базе кафедры онкологии СГМА «Смоленский областной онкологический клинический диспансер» активно внедряется и используется методика видеолапароскопии с применением интраоперационного УЗИ в диагностике опухолевой патологии органов брюшной полости, в частности, в диагностике злокачественных лимфом. В клинике за 2009-2010г. было прооперировано 12 пациентов в возрасте от 20 до 40 лет для определения распространенности и верификации диагноза при опухолевом поражении лимфатических узлов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Трудности диагностики связаны с тем, что забрюшинные опухоли протекая на ранних стадиях развития бессимптомно, часто достигают крупных размеров, выпячиваются в брюшную полость, заполняя ее. По этой причине при забрюшинной опухоли обычно трудно определить ее первичную локализацию. Этот вопрос помогает решить видеолапароскопия. В комплексе с биопсией она позволяет не только установить исходную локализацию, но также определить гистологическое строение и степень злокачественности,

Для проведения операции мы использовали стандартную лапароскопическую стойку, укомплектованную трехчиповой видеокамерой и ксеноновым осветителем, электрохирургическим блоком ("Аксиома", Россия), инсуффлятором с высокой скоростью потока (16-32 л/мин). Применяли стандартный набор лапароскопических инструментов. С целью гемостаза использовали клипирование, методы электрокоагуляции, аппликацию гемостатической губки ТахоКомб. Операции выполнялись под общей анестезией в положении больного лежа на спине в условиях пневмоперитонеума (давление в брюшной полости 10-12 мм рт.ст.). Введение первого троакара осуществляли по средней линии на 2-3см выше пупка. Данная точка является наиболее оптимальной для осмотра всей брюшной полости с

использованием 30-градусной оптической трубки. Выбор места введения последующих троакаров для рабочих инструментов определяли индивидуально, руководствуясь принципом центрального расположения оптики между рабочими троакарами. Как правило, второй 10мм троакар вводился в левой мезогастральной области по передней подмышечной линии. Он также использовался при поэтапном введении оптики и лапароскопического ультразвукового датчика. Третий, 5 мм троакар вводился в левой мезогастральной области по передней подмышечной линии. В случае необходимости производили изменение положения тела пациента с поворотом на правый или левый бок. При наличии выпота в брюшной полости его образцы брали для цитологического исследования.

Наиболее полную информацию получали после проведения интраоперационного УЗИ. С этой целью использовали ультразвуковой сканер ("B and K Medical Analogic Company", Дания), оснащенный высокочастотным (7,5 МГц) управляемым лапароскопическим датчиком диаметром 10 мм с изгибаемым дистальным концом. Ультразвуковой аппарат имеет возможность сканирования в В-режиме с применением режимов доплерографии и цветового доплеровского картирования, а непосредственный контакт датчика с тканями позволяет получать изображение высокого качества.

Сканирование паренхимы печени начиналось с левой доли сверху вниз в направлении от серповидной связки до края печени. Датчик проводился в указанном направлении, обеспечивая плотный контакт с поверхностью печени. Получаемую ультразвуковую картину можно наблюдать одновременно с эндоскопической на экране монитора. После исследования печени со стороны ее диафрагмальной поверхности проводилось ультразвуковое исследование ткани печени с висцеральной поверхности. С помощью манипулятора, введенного через дополнительный троакар диаметром 5 мм, левая доля печени приподнималась кверху и в описанном выше направлении сканировалась паренхима печени, но уже со стороны висцеральной ее поверхности. При этом, развернув датчик на 180 градусов и положив его рабочую поверхность на

область малого сальника с высокой степенью точности можно визуализировать патологически измененные лимфатические узлы: парагастральные, забрюшинные. Следующим этапом проводилось ультразвуковое сканирование правой доли печени. Ультразвуковой датчик располагался за серповидную связку печени и укладывался рабочей поверхностью на область 8 сегмента: сканирование проводилось от серповидной связки по направлению к 7 сегменту, затем последовательно сканировались 6 и 5 сегменты. Важным этапом при выполнении лапароскопической УЗИ является изучение области ворот печени, при котором часто выявляются метастатически измененные лимфатические узлы собственно ворот печени, гепатодуоденальной связки, панкреатодуоденальной области.

При лимфопролиферативных заболеваниях не существует строго специфических признаков поражения забрюшинных лимфатических узлов. Тем не менее, ряд признаков, особенно их сочетание, помогает достаточно четко установить нозологический диагноз. Для лимфогранулематоза в 75% случаев характерным является обнаружение сравнительно небольших (до 3 см) лимфатических узлов с четкими, ровными контурами, однородной структурой, средней эхогенности или гипоехогенности в 62,5% случаев. Нередко образуются группы из отдельных лимфатических узлов. В 75% случаев при увеличении лимфатических узлов более 3 см могут формироваться конгломераты, в которых, тем не менее, как правило, удается различить отдельные узлы. При этом лимфатические узлы располагаются гроздьями, проявляя тенденцию к слиянию. Подобная картина чаще наблюдается в воротах печени, селезенки, вблизи почечных ножек, но может встречаться и в корне брыжейки, а также по ходу нижней полой вены. При подобном типе ультразвуковой картины, как правило, наблюдается отклонение крупных сосудов, однако сдавления сосудов не происходит.

Увеличенные лимфатические узлы чаще всего располагаются в верхних и средних отделах забрюшинного пространства. Форма пораженных лимфатических узлов бывает округлой, овальной или неправильной. У больных

с малыми сроками заболевания (от 6 месяцев до 3 лет) лимфатические узлы более мелкие в виде анэхогенных образований округлой формы. У больных с длительными сроками заболевания лимфатические узлы наиболее крупные, сливающиеся между собой в конгломераты повышенной эхогенности, неоднородной структуры.

Другой вариант ультразвуковой картины заключается в том, что пораженные лимфатические узлы располагаются в виде цепочки, вдоль кровеносных сосудов. Более грубая картина возникает в тех случаях, когда имеет место конгломерат увеличенных лимфатических узлов. При этом выявляется крупный конгломерат неправильной формы с нечеткими контурами гетерогенной структуры с включениями разной эхогенности. При лимфогранулематозе нередко наблюдаются изменения селезенки в виде общего увеличения органа, появления очаговых образований в виде гипозоногенных очагов. Часто можно видеть пакеты увеличенных лимфатических узлов в воротах печени.

С целью верификации диагноза применяется методика прицельной аспирационно-пункционной или эксцизионной биопсии забрюшинных лимфатических узлов под прямым контролем ультразвукового датчика, которая позволяет установить истинный характер заболевания. При помощи доплерографии исследуется связь опухолевого образования с магистральными сосудами. После окончания биопсии и получения достаточного количества материала для морфологического исследования, место биопсии коагулируется.

Заключение: таким образом, видеолапароскопия с применением ИОУЗИ дает исчерпывающую информацию о локализации, размерах, макроструктуре опухоли и взаимоотношении с окружающими органами, а следовательно, играет решающую роль в выборе наиболее рационального подхода к хирургическому, комплексному или комбинированному лечению

ЛИТЕРАТУРА

1. Поддубный Б.К., Губин А.Н., Шолохов В.Н. Лапароскопия в диагностике опухолевого поражения печени// Материалы Рос. науч. – практ. конф. с Междунар. участием. - Барнаул, 2005.- С.270.
2. Поддубный Б.К., Губин А.Н., Вакурова Е.С. Современные методики лапароскопической диагностики опухолевых заболеваний органов брюшной полости// Современная онкология.- 2008.- Т.7,№3.- С.130-133.
3. Синюкова Г.Т., Комаров И.Г. Видеолапароскопия с применением интраоперационного ультразвукового исследования в абдоминальной онкологии // - М.:Триада – Х,2003.- 80с.

УДК: 616-006.04-08-039.75

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОБЪЁМА ВНУТРЕННЕГО
ОПЕРАЦИОННОГО ПРОСТРАНСТВА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ
ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В УСЛОВИЯХ
НАПРЯЖЕННОГО ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА И С
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОРИГИНАЛЬНОГО ЛАПАРОЛИФТА**

В.И. Соловьёв, А.А. Макуров, И.В. Абраменкова

Смоленский областной онкологический клинический диспансер

Кафедра онкологии ГОУ ВПО СГМА

Резюме: В ряде случаев проблемой, ограничивающей широкое применение лапароскопического метода, является создание напряжённого пневмоперитонеума, оказывающего негативное влияние на функцию дыхания и гемодинамику. Применение лапаролифта позволяет исключить пневмоперитонеум из лапароскопических операций с сопутствующими ему отрицательными патофизиологическими эффектами. В статье описан новый принцип тракции передней брюшной стенки с минимальным визуальным усечением внутрибрюшного пространства за счёт конструктивных особенностей разработанного лапаролифта.

Ключевые слова: лапароскопия, лапаролифт, пневмоперитонеум.