



*Handwritten signature*  
На правах рукописи

**Кочоян  
Теймураз Мразович**

**ЭНДОХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ  
БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ,  
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ  
И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА**

14.01.12 – онкология

**А в т о р е ф е р а т  
диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук**

**2 2 СЕН 2011**

**Москва - 2011**

**Работа выполнена в Учреждении Российской академии  
медицинских наук Российском онкологическом научном центре  
им. Н.Н.Блохина РАМН**

**Директор**

Академик РАН и РАМН, профессор

Михаил Иванович Давыдов

**Научный консультант:**

Доктор медицинских наук, профессор

Комов Дмитрий Владимирович

**Официальные оппоненты:**

Доктор медицинских наук

Поликарпова Светлана Борисовна

Доктор медицинских наук, профессор

Унгиадзе Гурам Вахтангович

Доктор медицинских наук, профессор

Валентин Сергеевич Мазурин

**Ведущая организация:**

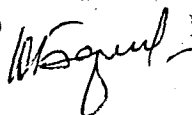
ГОУ ВПО Московский государственный медико-  
стоматологический университет МЗ и СР РФ

Защита диссертации состоится «21» октября 2011 г. в \_\_\_\_\_  
часов на заседании диссертационного совета (Д.001.017.02  
Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохин  
Российской академии медицинских наук по адресу: 115478  
Москва, Каширское шоссе, 24.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Российского  
онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН

Автореферат разослан «  » \_\_\_\_\_ 2011 г.

Ученый секретарь диссертационного Совета  
доктор медицинских наук, профессор

 Ю.А. Барсуко

**Актуальность работы.** Во всех странах мира эндоскопическая хирургия становится все более распространенным методом диагностики и лечения онкологических больных. Новые методики оказались применимыми для ряда традиционных операций, радикально изменив отношение к тактическим устоям большинства хирургических специальностей. Видеохирургии в онкологии становится методом дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований. Опыт как зарубежных, так и отечественных хирургов показывает, что онкологические результаты у пациентов, подвергнутых эндоскопическому радикальному лечению, не уступают таковым при «открытой» хирургии. Все этапы и методология подобных вмешательств с онкологических позиций принципиально не отличаются от таковых при лапаротомном или торакотомном доступах.

Широкое внедрение в клиническую практику методов ультразвукового исследования, компьютерной и магнитно-резонансной томографии значительно увеличило процент выявления опухолей на ранних стадиях, что делает еще более актуальным применение малоинвазивных хирургических методов как в диагностике, так и в лечении данной патологии.

Дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных образований органов грудной клетки, брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства остается трудной задачей, в связи со сходной рентгенологической, ультразвуковой и КТ картиной. Использование пункционных биопсий с целью морфологической верификации диагноза оказывается результативным лишь в 82% исследований. Отрицательные результаты пункционных биопсий не исключают наличия злокачественной опухоли, в связи с чем для уточнения диагноза и выбора метода лечения показана биопсия патологического очага с гистологическим исследованием. Это особенно важно для постановки диагноза у онкогематологических больных и у пациентов с метастазами рака в различные органы без выявленного первичного очага, где от морфологического и иммуногистохимического заключения зависит тактика дальнейшего лечения.

Новые методики, такие как интраоперационное УЗИ, оказались применимыми в тех случаях, когда при эндоскопии визуально определить патологический очаг не удастся, либо он располагается в непосредственной близости от магистральных сосудов и его биопсия чревата возникновением кровотечения. Применение видеолaparо- и торакоскопии в сочетании с интраоперационным УЗИ позволяет произвести полноценную ревизию органов брюшной полости, забрюшинного пространства и органов средостения, что превышает возможности самых современных средств визуализации (чрескожной трансабдоминальной УЗТ, РКТ), а также получить морфологическую верификацию диагноза у 98,9% больных.

Остаются актуальными вопросы диагностики и тактики лечения послеоперационных осложнений. Диагностика этих осложнений в раннем послеоперационном периоде трудна и основана на «классической» картине послеоперационного периода, и, как правило, бывает поздней. Частота повторных экстренных операций составляет до 9%, а послеоперационная летальность у этих пациентов – 20%. Эндоскопические методы позволяют на более ранних этапах диагностировать и адекватно устранять осложнения.

Представляется актуальным изучение собственного опыта эндоскопических операций, определение роли эндоскопических методов в диагностике и лечении больных с опухолями различной локализации.

### **Цель исследования:**

Улучшение диагностики, непосредственных и отдаленных результатов лечения онкологических больных с использованием различных видов видеохирургических вмешательств.

### **Задачи исследования.**

1. Оценить возможности современных видеохирургических методик (торако- и лапароскопия) в диагностике различных видов онкологической патологии органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства.
2. Определить значение видеохирургии в дифференциальной диагностике злокачественных опухолей и неопухоловой патологии органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства.

3. Определить возможности применения интраоперационной эхографии в диагностике и уточнении топографии опухоли.
4. Провести сравнительную оценку непосредственных результатов лечения онкологических больных при использовании видеохирургических методик и традиционных хирургических вмешательств: течение послеоперационного периода, интра и послеоперационные осложнения.
5. Обосновать показания и противопоказания к выполнению видеохирургических вмешательств у онкологических больных.
6. Оценить эффективность лечения онкологических больных с использованием видеохирургических методик.

**Научная новизна.** Впервые на основании большого ретро- и проспективного материала определены показания и противопоказания к выполнению видеохирургических вмешательств у онкологических больных, что позволяет проводить их тщательный отбор, тем самым использовать все достоинства малоинвазивного доступа с соблюдением принципов онкологии, максимально снизить частоту конверсий к открытым операциям. Проведен анализ причин осложнений эндоскопических операций и разработаны методы их профилактики. Определены роль и место интраоперационной ультразвуковой КТ и доплерографии в диагностическом процессе. Изучены механизмы адаптации больных, которым выполнялись эндохирургические вмешательства. Проведена сравнительная оценка непосредственных результатов лечения онкологических больных при использовании видеохирургических методик и традиционных хирургических вмешательств: течение послеоперационного периода, интра- и послеоперационные осложнения. Также проведена сравнительная оценка частоты, времени и характера рецидивов после лечебных эндоскопических и открытых хирургических вмешательств.

Проанализированы сравнительные показатели хирургической деятельности стационара при классических оперативных вмешательствах по поводу злокачественных новообразований и при использовании видеохирургической техники. Проведен подробный анализ общей и безрецидивной выживаемости больных

с открытым доступом и с использованием эндоскопических методик.

**Научно-практическая значимость.** Разработаны и внедрены в онкологическую практику методики видеолaparоскопии и видеоторакоскопии у больных с опухолевой патологией органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства. Определен перечень необходимых и достаточных методов обследования для выполнения видеохирургических вмешательств. Это позволяет рекомендовать эти методики для постановки диагноза, уточнения распространенности опухолевого процесса, выполнения радикальных операций, а также оценки эффективности лечения.

**Апробация диссертации.** Основные положения диссертации доложены и обсуждены 18 июня 2010г. на совместной научной конференции хирургического отделения диагностики опухолей, отделения опухолей женской репродуктивной системы, гинекологического, отделения опухолей молочных желез, отделения онкоурологии, торако-абдоминального отдела, эндоскопического отделения НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН.

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 53 научные работы.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на 327 страницах, состоит из введения, 6 глав, в которых представлены данные литературы и результаты собственных исследований, а также заключения, выводы и библиографического указателя. Работа иллюстрирована 12 рисунками и 43 таблицами. Библиографический указатель включает 67 отечественных и 118 зарубежных источников.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В период с 2000 по 2007 год в РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН выполнено 1448 видеохирургических операций, из них – 1256 видеолaparоскопических, 192 видеоторакоскопических вмешательства.

Предоперационное обследование в зависимости от целей, кроме стандартных методов обследования, включало: исследование

костного мозга, радиоизотопные исследования, иммуногистохимическое исследование пунктатов опухолевой ткани.

В ходе всех операций решались следующие задачи:

- диагностические (получение материала для морфологического исследования)
- оценка распространенности опухолевого процесса
- лечебные
- оценка эффективности проведенного лечения

Все больные были разделены на две группы:

1. Группа больных с опухолями органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза.
2. Группа пациентов с опухолями органов грудной полости.

### Видеолапароскопия в комплексном лечении больных раком молочной железы

Целью данного исследования явилось изучение преимуществ лапароскопических операций на органах женской репродуктивной системы у больных раком молочной железы.

В исследование включено 500 больных первичнооперабельным, местнораспространенным и диссеминированным раком молочной железы, которым в плане комплексного лечения было показано выключение функции яичников. Все больные были разделены на три группы. Первую основную группу составили 400 женщин, которым выполнялась лапароскопическая двусторонняя овариэктомия. Две другие группы сравнения по 50 пациенток составили больные раком молочной железы IIБ стадии, которым выполнена лучевая кастрация и двусторонняя овариэктомия лапаротомным доступом.

Большинство женщин основной группы было со IIБ стадией заболевания – 43%. У всех больных с I стадией на основании гистологического исследования были выявлены различные неблагоприятные факторы прогноза, такие как наличие раковых эмболов в кровеносных и лимфатических сосудах, комплексы опухолевых клеток в лимфатических щелях, высокая степень злокачественности опухоли. В зависимости от распространенности-первично-операбельных больных было 75,8%, диссеминированных – 14,7% и больных с местнораспространенной формой – 9,5%.

При гистологическом исследовании опухоли в молочной железе отмечено, в подавляющем числе случаев опухоль имела строение инфильтрирующего протокового рака как в основной, так и в контрольных группах.

У всех больных определялся рецепторный статус опухоли в молочной железе. Наличие хотя бы одного вида рецепторов рассматривалось как показание к выключению функции яичников.

Таблица № 1

**Рецепторный статус опухоли больных РМЖ**

Содержание рецепторов стероидных гормонов	Количество больных Абс /%		
	1 группа ЛС	2 группа ЛК	3 группа ЛТ
ER+ PR+	249 (62,3%)	23 (46%)	31 (62%)
ER+ PR-	103 (25,7%)	16 (32%)	11 (22%)
ER- PR+	48 (12%)	11 (22%)	8 (16%)
Всего	400 (100%)	50 (100%)	50 (100%)

Сравнительный анализ основных параметров в исследуемой группе пациенток и в двух других группах сравнений показал, что они сопоставимы по таким критериям как возраст, менструальный статус, распространенность процесса, гистологическая структура, гормональный статус опухоли и ее локализация в молочной железе.

Из 400 больных, которым проведено лапароскопическое выключение функции яичников в плане комплексного лечения рака молочной железы, у 128 (32%), помимо лапароскопической двухсторонней овариэктомии, объем операции был расширен в связи с наличием сопутствующей патологией органов женской репродуктивной системы.

У 53 (13,2%) пациенток основной группы осуществлено одномоментное выполнение лапароскопической овариэктомии и радикальной операции на молочной железе, а у 5 больных (1,3%) одномоментно выполнена радикальная мастэктомия и надвлагалищная ампутация матки с придатками.

Сравнительный анализ результатов лапароскопических и традиционных оперативных вмешательств показал, что внедрение новой технологии выполнения оперативных вмешательств не



привело к увеличению числа и изменению характера интра и послеоперационных осложнений. Из основной группы больных (400 больных) были исключены 7 (1,7%) пациенток, у которых потребовалось выполнение лапаротомного доступа для безопасного завершения операции. У 32 (8,0%) пациенток объем операции расширен до надвлагалищной ампутации и экстирпации матки с придатками в связи с сопутствующей патологией. Таким образом, нами продемонстрирован анализ непосредственных результатов оперативного вмешательства 361 пациентки, кому выполнена лапароскопическая овари- и тубовариэктомия. В контрольную группу включены 50 больных, выключение функции яичников которым выполнялось лапаротомным доступом. Медиана продолжительности лапароскопической овариэктомии без учета времени выполнения срочного гистологического исследования составила 34 минуты. При овариэктомии лапаротомным доступом – 56 минут. Из этого следует, что, в сравнении с овариэктомией лапаротомным доступом, видеолапароскопические операции предпочтительнее в связи уменьшением времени агрессии. Трансфузии элементов крови с заместительной целью не потребовалось ни одной из 361 пациентки при лапароскопической овариэктомии. Объем кровопотери во всех случаях не превышал 50мл. Медиана объема интраоперационной кровопотери у 50 больных, оперированных лапаротомным доступом, составила 260 мл.

Летальных исходов не было. Конверсия потребовалась в 39 (9,7%) случаях среди всех пациенток основной группы.

Таблица № 2

### Причины конверсии

Причины конверсии	Число больных абс.	Число больных %
Наличие сопутствующей патологии	32	8%
Выраженный спаечный процесс	5	1,25%
Кровотечение	1	0,25%
Ранение кишки	1	0,25%
Всего	39	9,7%

После лапароскопических вмешательств осложнения отмечены у 8 из 361 пациентов (2,2%) и в 6 (12%) случаях из 50 наблюдений после традиционных операций. Таким образом, в основной группе послеоперационные осложнения регистрировались почти в 5 раз реже, чем в контрольной. Разница между двумя показателями статистически достоверна. Все осложнения были купированы консервативными методами, не потребовали повторных оперативных вмешательств или хирургических манипуляций, а в основной группе не привели к увеличению периода госпитализации и реабилитации.

Таблица № 3

**Послеоперационные осложнения  
в сравниваемых группах больных**

Осложнения	Лапароскопическая овариэктомия (n=361)		Овариэктомия лапаротомным доступом (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	%
Забрюшинная гематома	1	0,3%	1	2,0%
Инфильтрат после- операционного рубца	4	1,1%	3	6,0%
Субфебрилитет более 3 дней	3	0,8%	4	8,0%
Парез кишечника	—	—	4	8,0%
Всего осложнений	8	2,2%	12	24%

Назначение обезболивающих и антибактериальных препаратов в раннем послеоперационном периоде является косвенным отражением тяжести и травматичности операции. В основной группе медикаментозная терапия потребовалась у 34 больных (9,4%), в то время как в группе сравнения в 100% случаев. В группе пациенток, перенесших лапароскопические операции, отмечается значительное уменьшение выраженности послеоперационного болевого синдрома. При этом потребность пациентов в наркотических анальгетиках практически отсутствует: у 7 (1,9%) пациенток в основной группе и у 46 (92%) женщин в

группе сравнения. Антибактериальная терапия потребовалась у 12(3,3%) больных в основной группе и у 43 (86%) пациенток в группе сравнения.

Пациенткам после лапароскопической овариэктомии накладываются внутрикожные швы, которые не требуют снятия. В последующем перевязки не требовались. Со вторых суток 89% больных наблюдались амбулаторно. В контрольной группе 73% пациенток пребывали в стационаре до 7 суток. Таким образом, сроки послеоперационного пребывания пациенток в стационаре сокращаются в среднем в 3 раза. Существенным достоинством в стремлении к улучшению качества жизни пациенток является косметический эффект после лапароскопической операции.

### **Сравнение лучевой и лапароскопической кастрации**

При лучевой кастрации яичники облучаются из двух противоположащих передне-задних полей. При разовой очаговой дозе в 4 Грей, суммарная очаговая доза составляет 16 Грей. Период пребывания в стационаре у 17 (34%) пациенток увеличился на 1\3. В нашем исследовании отмечен возврат овариально-менструальной функции после лучевой кастрации у 4-х (8,0%) больных из 50. Все эти пациентки были в возрасте до 45 лет. Клинический эффект лучевой кастрации у 85% пациенток наступает в среднем через 2 месяца после окончания лучевого воздействия на яичники, что не дает возможности своевременно назначить гормонотерапию. Возобновление менструальной функции у 4-х больных отмечено в сроки до 1,6 лет. Таким образом, эффективность лучевой кастрации в нашем исследовании составляет 92%.

Нами изучена частота и характер лучевых реакций у больных, которым выполнялась лучевая кастрация. Общей лучевой реакции не отмечено ни у одной больной. Все осложнения лучевой кастрации проявлялись у 9 (18%) пациенток в виде местной лучевой реакции. В исследовании отмечено, что наиболее частым осложнением лучевой терапии являются энтероколиты.

**Осложнения после лучевой кастрации**

Осложнения	Лучевая кастрация (n=50)	
	Абс.	Относ. %
Цистит	2	4,0
Энтероколит	5	10,0
Эпидермит	2	4,0
Всего осложнений	9	18,0

Таким образом, при сравнении методов лапароскопического и лучевого подавления гормональной функции яичников у больных раком молочной железы в репродуктивном возрасте и в пременопаузе, необходимо отметить ряд отрицательных моментов, которые сопутствуют лучевой кастрации:

- поздняя реализация эффекта (в среднем через 2 месяца);
- обратимость и достаточно короткая продолжительность эффекта;
- осложнения, связанные с облучением соседних органов (местные лучевые реакции в виде энтероколитов, циститов, эпидермитов);
- лучевая нагрузка на организм в целом, что не является позитивным моментом, особенно на фоне опухолевого процесса и системного воздействия на организм другими методами лечения (химиотерапия);
- облучение не может быть рекомендовано при патологически изменённых яичниках, в этих случаях хирургическое вмешательство является методом выбора, позволяя совместить диагностический этап с хирургическим и выполнить радикальную операцию необходимого объёма.

**Видеолапароскопия у больных раком тела матки**

В исследование включено 97 больных раком эндометрия I и II стадий, подвергнутых экстирпации матки. Медиана возраста пациенток составила 54 (34-71) года. Больные разделены на две

группы. В основную группу вошло 47 (48,5%) пациенток с клиническим диагнозом рак эндометрия с T1-2NxM0, подвергнутых лапароскопической экстирпации матки с придатками. В контрольную группу ретроспективно отобраны 50(51,5%) женщин с начальными стадиями рака тела матки, которым была выполнена радикальная операция лапаротомным доступом. Группы пациенток сопоставимы по большинству параметров, таких как: возраст, овариально-менструальная функция, размер тела матки и локализация опухоли в ней.

### ***Продолжительность хирургического вмешательства***

Из анализа продолжительности лапароскопической гистерэктомии исключены 3(6,4%) пациентки, которым потребовалось выполнение лапаротомии для безопасного завершения операции.

Медиана продолжительности лапароскопической гистерэктомии составила 140 мин. Медиана продолжительности 50 гистерэктомий, выполненных лапаротомным доступом пациентам контрольной группы составила 120 мин, что достоверно меньше, чем у 44 больных, подвергнутых лапароскопической операции ( $p < 0,001$ ).

### ***Объем интраоперационной кровопотери***

В анализ объема кровопотери включены данные 44 пациентов, которым весь объем хирургического вмешательства выполнен лапароскопически. Средний объем кровопотери во время лапароскопических гистерэктомий составил 220 мл. Различий среднего объема кровопотери в зависимости от размеров матки, опыта выполнения данных операций не выявлено.

Трансфузии компонентов крови не понадобилось ни одному из 44 пациентов, подвергнутых лапароскопической гистерэктомии.

Медиана объема интраоперационной кровопотери у 50 больных, оперированных лапаротомным доступом, составила 250,8 мл, что достоверно не отличается от таковой среди пациентов основной группы ( $p < 0,324$ ). Трансфузия элементов крови (эритроцитарной массы и/или плазмы) с заместительной целью потребовалась в 2 (4,0%) из 50 случаев. Средний объем перелитой крови у двух больных составил 400 мл.

***Интраоперационные осложнения*** зарегистрированы у 3 (6,4%) из 47 пациенток, которым выполнена расширенная

гистерэктомия лапароскопическим доступом. В 2(4,2%) наблюдениях отмечено ранение маточных сосудов, в 1(2,1%) случае – ранение сигмовидной кишки. Во всех случаях потребовалась конверсия с целью ушивания дефекта в кишке и остановки кровотечения.

В послеоперационном периоде одной больной на 3-е сутки выполнена экстренная операция лапароскопическим доступом по поводу кровотечения. Остановка кровотечения из крестцовых сосудов осуществлено коагуляцией. У 2 (4,2%) больных, в среднем на 14 сутки после операции, у культи влагалища выявлена нагноившаяся гематома, потребовавшая трансвагинального пункционного дренирования. У 1 (2,1%) пациентки отмечено нагноение послеоперационной раны, что потребовало консервативного лечения.

*Интраоперационные осложнения* зарегистрированы у 1(2,1%) пациентки при *открытой гистерэктомии*. В этом случае отмечено ранение мочевого пузыря (в анамнезе у больной дважды родоразрешение путем кесарева сечения), что потребовало его ушивания.

*Послеоперационные осложнения* зарегистрированы у 4(8%) больных контрольной группы. У 3(6%) больных отмечена нагноившаяся гематома в малом тазу, потребовавшая трансвагинального дренирования. В одном случае выполнена повторная операция по поводу эвентрации. Осложнения послеоперационного периода, потребовавшие консервативного лечения, были у 4 больных контрольной группы (пневмония – 1(2%), цистит – 2(4%), обострение хронического пиелонефрита – 1(2%).

Частота и структура послеоперационных осложнений между основной и контрольной группами достоверно не различалась ( $p > 0,05$ ).

Таким образом, лапароскопический доступ является технически приемлемым для выполнения расширенной гистерэктомии по поводу рака эндометрия начальных стадий. Миниинвазивная техника операции требует больших затрат времени по сравнению с открытым хирургическим вмешательством. Различий частоты и структуры послеоперационных нехирургических и хирургических осложнений, в том числе, требующих выполнения повторных операций, у больных в обеих группах не выявлено. Восстановление

перистальтики кишечника у 44 больных, оперированных лапароскопическим методом, происходило, в среднем, через  $12,5 \pm 4,5$  часа, в группе 50 пациентов, подвергнутых открытым операциям – через  $34,0 \pm 12,1$  часов ( $p < 0,047$ ).

У 37 (84,1%) из 44 больных, оперированных лапароскопическим доступом, проведение инфузионной терапии было необходимым только в течение первых суток после операции, а у всех пациенток, кому операция была выполнена лапаротомно – не менее 48-72 часов. Таким образом, применение лапароскопической техники позволяет выполнять хирургическое вмешательство в условиях минимальной травматизации органов брюшной полости, что способствует быстрому восстановлению их функции после операции и позволяет сократить объем и длительность проведения инфузионной терапии.

Жалобы на боль через 36 часов после лапароскопической операции перестали предъявлять 39 (88,6%) пациенток из 44. У всех 50 (100%) больных контрольной группы болевой синдром сохранялся до 72 часов после хирургического вмешательства. Разница результатов между группами недостоверна ( $p = 0,893$ ).

Применение наркотических анальгетиков после лапароскопических операций, в среднем, требовалось в течение первых двух суток после операции, тогда как больные, оперированные лапаротомным доступом, требовали наркотического обезболивания, в среднем, в течение 4 (2-10) суток после гистерэктомии ( $p = 0,647$ ).

Снятие швов с послеоперационной раны после лапароскопических операций производились в среднем на 7 сутки, в то время как пациенткам контрольной группы снятие швов производилось на 10-11 сутки.

Удаление страховых дренажей, установленных в малый таз, у 23 (52,2%) больных после лапароскопических операций производилось на следующие сутки после операции. У 3-х больных (6,8%) дренаж оставлен на двое суток после операции в связи со значительным выделением по нему геморрагической жидкости. У остальных пациенток (41%) необходимости в установке дренажей не было. В контрольной группе удаление дренажей производилось на 3-4 сутки после операции. Таким образом, низкая степень травматизации передней брюшной стенки и внутренних органов при

использовании лапароскопического доступа способствует более быстрому восстановлению двигательной активности пациентов в послеоперационном периоде по сравнению с больными, подвергнутым традиционной операции.

### **Отдаленные результаты**

При анализе отдаленных результатов лапароскопической гистерэктомии из основной группы исключены 3 пациентки, у которых безопасное завершение операции потребовало конверсии.

Рецидивы рака эндометрия зарегистрированы у 1 (2,3%) из 44 пациенток, подвергнутых лапароскопической гистерэктомии по поводу низкодифференцированного рака. Местный рецидив в области культи влагалища выявлен через 14 месяцев после лапароскопической гистерэктомии, потребовавший хирургического лечения в объеме удаления рецидивной опухоли, подвздошной лимфодиссекции. В послеоперационном периоде больной проводилась лучевая терапия. Больная жива в течении 2-х лет после удаления рецидивной опухоли, без признаков болезни.

Рецидивы развились у 3-х (6%) больных раком эндометрия, подвергнутых гистерэктомии открытым доступом, в среднем через 38,5 (28-56) месяцев после операции. В одном наблюдении отмечено появление местного рецидива в области культи влагалища, в 2-х случаях (4%) – выявлено сочетание местного рецидива и отдаленных метастазов.

Достоверных различий частоты ( $p=0,269$ ) и времени возникновения ( $p=0,328$ ) рецидивов рака эндометрия после лапароскопической и открытой гистерэктомии не выявлено.

Таблица № 5

### **Выживаемость больных раком тела матки в зависимости от варианта хирургического лечения**

Выживаемость %		Лапароскопическая гистерэктомия (n=43)	Лапаротомная гистерэктомия (n=50)	P
Общая	1 год	100	98,9	0,169
	4 года	100	96,4	
Безреци- дивная	1 год	100	100	0,453
	4 года	97,7	96,2	



Статистически значимых различий в общей ( $p=0,169$ ) и безрецидивной ( $p=0,453$ ) выживаемости больных раком эндометрия при лапароскопической и открытой гистерэктомии не выявлено.

Таким образом, онкологические результаты операций у пациенток с хирургическими вмешательствами лапароскопическим доступом, не уступают таковым при открытой операции.

### **Видеолапароскопия у больных с опухолями яичников**

Нами выполнено 287 видеолапароскопических операций у больных с опухолями яичников. Возраст пациенток варьировал от 19 до 72 лет и в среднем составил 43,6 года. Всем больным до операции помимо стандартного обследования проводилось определение уровня опухолевого маркера СА-125. Лапароскопические операции являлись заключительным этапом диагностического алгоритма, целью которых было:

- подтверждение или опровержение клинического диагноза;
- проведение дифференциальной диагностики между первичным, метастатическим и доброкачественным поражением яичников;
- оценка распространенности опухолевого процесса;
- получение материала для цитологического гистологического исследования;
- определение возможности выполнения радикальной операции.

Первичное эндоскопическое исследование было выполнено 197 (68,6%) пациенткам с клиническим диагнозом рак яичников. 63(21,9%) пациенткам проводилось комбинированное лечение по поводу рака яичников, а лапароскопическое вмешательство выполнено с целью оценки эффективности лечения, подтверждения морфологической ремиссии. Поводом для лапароскопического вмешательства у 27(9,5%) больных после комбинированного и/или комплексного лечения – явилось подозрение на рецидив заболевания по данным гинекологического осмотра, исследования уровня маркера СА-125, ультразвуковой и компьютерной томографии.

Среди оперированных больных ранее перенесли 2 лапаротомии – 23(8%), 1 лапаротомию – 61(21,2%), лапароскопию – 42(14,6%).

У 114 (57,9%) из 197 больных, кому проводилась первичная диагностическая лапароскопия – при срочном гистологическом исследовании данных за злокачественную опухолевую патологию не получено и объем операции из диагностической лапароскопии перешел в лечебную. В 56(49,1%) случаях выполнена овариэктомия, из них у 33(28,9%) пациенток дополнялась биопсией другого яичника.

Результат планового гистологического исследования опухолей показал следующее: зрелые тератомы – 48(42,1%), цистаденомы – 29(25,4%), эндометриоидные кисты 23(20,2%), 17 – кисты желтого тела. Ни в одном случае конверсии не потребовалось. В послеоперационном периоде у 2-х пациенток (1,75%) наблюдалось осложнение в виде инфильтрата в области п/о раны при удалении дермоидных кист больших размеров, разрешившиеся консервативно. У остальных пациенток послеоперационный период протекал без осложнений. 23(24%) больным в послеоперационном периоде потребовались наркотические анальгетики в первые сутки после операции. 83(72,8%) женщин отпущены из клиники на 2-е сутки после операции.

### ***Видеолапароскопия в первичной диагностике рака яичников***

Нами было выполнено первичное лапароскопическое исследование 197 пациенткам с клиническим диагнозом рак яичников. Критериями отбора больных были:

- повышение уровня маркера СА-125 выше дискретного в два и более раза;
- выявленные при гинекологическом осмотре, а также по данным УЗКТ и/или КТ образования в яичниках, солидного или кистозно-солидного строения.
- выявленные новообразования в яичниках, по данным комплексного обследования, при наличии в анамнезе других онкологических заболеваний.

У 114 (57,9%) больных выявлены доброкачественные опухоли яичников. У 74 (38,1%) пациенток выявлен рак яичников, из них у

13(17,6%) опухолевый процесс локализовался в пределах яичников и у 61 (82,4%) больной отмечена диссеминация процесса. У 9 (4,6%) – метастатическое поражение яичников (метастазы рака желудка – 4 больных, метастазы рака молочной железы – 5 больных).

В нашем исследовании при первичной диагностике метастазы рака яичников выявлены у 61(73,5%) пациентки из 83 больных.

Таблица № 6

### Локализация метастазов при первичной диагностике

Локализация метастазов	Количество больных	
	п	%
Висц. и париет. брюшина	24	39,4
Большой сальник	6	9,8
Тазовые и парааорт. лузлы	5	8,2
Печень	8	13,1
Сочетание 2-х и более локализаций	18	29,5
Всего	61	100

У всех 83 больных диагноз рака яичников подтвержден морфологически после эндоскопической операции, при этом первичное поражение яичников выявлено у 74 (89%) больных, метастатическое их поражение – у 9 (11%) женщин.

У больных с пограничными опухолями операция продолжена в лапароскопическом варианте и всем больным выполнена тубовариэктомия с пораженной стороны, резекция контрлатерального яичника, удаление большого сальника.

12 пациенткам с I и II стадиями выполнена конверсия и объем операции расширен до надвлагалищной ампутации матки с придатками, оментэктомией. У 16 (21,6%) больных с диссеминированным опухолевым процессом в брюшной полости и малом тазу потребовалась конверсия для выполнения циторедуктивной операции в объеме надвлагалищной ампутации матки с придатками и резекции большого сальника.

У 43(58,1%) женщин лечение начиналось с неоадьювантной химиотерапии с целью частичной регрессии опухоли, так как по

данным лапароскопии выполнение циторедуктивной операции на первом этапе комбинированного лечения признано нецелесообразным. Учитывая минимальную травму лапароскопических операций, быструю нормализацию состояния больных, лечение большинства пациенток начато на 3-4 сутки после операции.

В нашей работе у 9 (4,6%) пациенток выявлено метастатическое поражение яичников: в 5 наблюдениях (2,53%) – метастазы рака молочной железы, у 4-х пациенток (2%) – метастазы рака желудка. В группе пациенток с метастазами рака желудка при УЗИ выявлено двухстороннее поражение яичников, и наличие незначительного (в среднем около 200 мл) количества выпота в брюшной полости. Уровень опухолевого маркера СА-125, при этом был повышен в 3-4 раза (максимальное значение 142,8 Ед/мл).

У 4(2%) пациенток с клиническим диагнозом рак яичников, после выполнения лапароскопической операции, первичный диагноз опровергнут. При морфологическом исследовании выявлены метастазы рака молочной железы. Выпота в брюшной полости и диссеминации ни в одном случае не наблюдалось. При дальнейшем обследовании, включая данные маммографии, диагноз рака молочной железы подтвердился. Хотелось бы отметить, что во всех наблюдениях также отмечено повышение уровня опухолевого маркера СА-125 (максимальное значение 1655,4 Ед/мл). У всех больных операция завершена эндоскопическим доступом, за исключением 1 больной, где потребовалась минилапаротомия (разрез 10 см) с целью эвакуации опухоли больших размеров.

Средняя продолжительность операции, с учетом времени срочного гистологического исследования, составила  $46,8 \pm 11,6$  мин. Во всех наблюдениях кровопотеря отмечена незначительная  $\leq 50$ мл. В послеоперационном периоде наркотические анальгетики потребовались лишь 2/3 больным в первые сутки. Послеоперационный койко-день у больных составил 3,7 дней.

Таким образом, оперативная лапароскопия у больных с первичным клиническим диагнозом рак яичников, позволила в 114(57,9%) наблюдениях опровергнуть злокачественность процесса и выполнить необходимый объем операции не прибегая к конверсии. В 9(4,6%) случаях подтвердить метастатическое поражение яичников с указанием на первичную локализацию

первичного очага. У 74(38%) диагноз рака яичников подтвержден, при этом определена его морфологическая характеристика и распространенность опухолевого процесса, что позволило определить резектабельность опухоли на первом этапе 28(14,2%) пациенткам.

### ***Видеолапароскопия в оценке эффективности проведенного лечения больных раком яичников***

Большинство больных раком яичников на первом этапе получают комбинированное лечение: циторедуктивная операция в различном объеме и полихимиотерапия до достижения клинической ремиссии, то есть нормализации уровня маркера СА-125, отсутствии опухоли при гинекологическом осмотре и по данным УЗИ. При наличии остаточных опухолевых образований в брюшной полости необходимо решить вопрос о целесообразности продолжения химиотерапии или динамическом наблюдении. Проведение видеохирургических вмешательств с выполнением смывов из брюшной полости, взятием множественной биопсии из остаточной опухоли и/или брюшины, позволяет либо подтвердить ремиссию, либо опровергнуть ее.

Критериями отбора были:

- нормализация уровня маркера СА-125 после проведенного лечения;
- отсутствие проявлений заболевания при гинекологическом осмотре;
- отсутствие или уменьшение видимых проявлений заболевания при УЗИ. При всех видеолапароскопических операциях обязательным было выполнение биопсии брюшины вне зависимости от визуального ее изменения, забор смывов из брюшной полости, биопсия/удаление остаточных опухолевых узлов.

У 14 пациенток (22,2%) лапароскопия выполнялась неоднократно. Время от наступления клинической ремиссии до выполнения диагностической видеолапароскопии в среднем составило 32,8 дней. Выполнение видеолапароскопии у 43 (68,2%) женщин после проведенного лечения позволило морфологически подтвердить ремиссию заболевания, а у 20 больных (31,8%) – при

морфологическом исследовании биоптатов с брюшины, смывов из брюшной полости обнаружены клетки рака.

У 35(55,5%) больных лечение начиналось с выполнения различных видов циторедуктивных операций (надвлагалищная ампутация/экстирпация матки с придатками, резекция/ удаление большого сальника) с последующими курсами химиотерапии. У 23(36,5%) пациенток хирургический этап лечения проводился между нео- и адьювантными курсами химиотерапии. 5 (8%) больным лечение начато с проведения неоадьювантной химиотерапии (до 9 курсов). После лечения отмечено снижение уровня маркера СА-125 до N, уменьшение размеров опухоли яичников по данным УЗИ. Лапароскопически решался вопрос о возможности выполнения циторедуктивной операции, при этом 3 больным выполнена экстирпация матки с придатками и оментэктомия в связи с отсутствием диссеминации, а 2 больным предложено дальнейшее проведение лекарственного лечения.

Только у 2(8,7%) из 23 пациенток в группе, где операция проводилась между курсами химиотерапии морфологически ремиссия не подтверждена, тогда как у больных, кому лечение начато с циторедуктивной операции с последующей химиотерапией наличие активной опухолевой ткани выявлено у 13(37%) женщин из 35.

Таким образом, эндоскопическая хирургия позволила 31,8% женщин избежать динамического наблюдения при наличии метастазов брюшной полости, а 22(62,9%) больным из 35 выполнить циторедуктивную операцию.

### *Видеолапароскопия в диагностике рецидива рака яичников*

По временному параметру различают ранние рецидивы или продолженный рост опухоли – ремиссия менее 6 месяцев и поздние рецидивы – ремиссия более 6 месяцев. В результате проведенного клинического исследования выявлено, что, несмотря на отсутствие клинических симптомов, у большинства больных в сроках 10-18 мес. после первичной комбинированной терапии отмечено повышение уровня СА-125 и/или подозрение на рецидив заболевания по данным УЗ исследования.

Из 27 больных только у 5(18,5%) уровень маркера оставался в пределах нормы. У 7 пациенток (26%) уровень не превышал 100 Ед\мл и у 15 женщин – 100<1000 Ед\мл.

Учитывая отсутствие объективных данных о рецидиве заболевания, лапароскопические операции выполнялись с целью подтверждения диагноза и оценки распространенности опухолевого процесса. Критериями отбора были:

- повышение уровня маркера СА-125 выше дискретного в 2 и более раза при отсутствии проявлений заболевания по данным УЗКТ;
- нормальный уровень СА-125 при наличии очаговых образований в брюшной полости, полости малого таза и забрюшинном пространстве;
- возможное сочетание указанных признаков.

Использование лапароскопических операций у больных с подозрением на рецидив рака яичников позволило у 21 (77,7%) женщины выявить морфологически подтвержденный рецидив, у 6 (22,3%) пациенток рецидив не подтвержден ни лапароскопически, ни данными морфологического исследования биоптата брюшины и смывов брюшной полости.

Таблица № 7

### Результаты лапароскопии

Данные УЗКТ и СА-125	Число больных	Результаты лапароскопии		Группа
		рецидив	без рецидива	
СА-125>N УЗИ негативное	6(22,2%)	2(33,3%)	4(66,7%)	I гр.
СА-125 =N УЗИ позитивное	5(18,5%)	3(60%)	2(40%)	II гр.
СА-125>N УЗИ позитивное	16(59,3%)	16(100%)	–	III гр.
Всего	27(100%)	21(77,8%)	6(22,2%)	

В первой группе у 2 (33,3%) больных при лапароскопии были выявлены множественные метастазы по париетальной и висцеральной брюшине, незначительное количество асцитической жидкости в брюшной полости (до 300 мл). У обеих пациенток

рецидив заболевания подтвержден морфологически, им рекомендовано химиотерапевтическое лечение. У 4 больных (66,7%) – признаков болезни не обнаружено как по визуальным данным, так и по данным морфологического исследования (забор смыва из полости малого таза, множественная биопсия из различных участков париетальной брюшины). Этим пациенткам рекомендовано динамическое наблюдение.

Во второй группе у 3 (60%) женщин обнаружен рецидив заболевания, у 2-х из них выявлена свободная жидкость в брюшной полости. Во всех случаях отмечена диссеминация по париетальной и висцеральной брюшине. Выполнена множественная биопсия узловых образований, выпот в брюшной полости исследовался цитологически. Рецидив морфологически верифицирован и больным рекомендовано проведение химиотерапии. У 2-х больных наличие рецидива не подтвердилось. Больные оставлены под динамическим наблюдением.

Третью группу составили 16 (59,3%) пациенток, и у всех пациенток этой группы установлено морфологическое подтверждение рецидива.

Таким образом, видеохирургический метод позволил у 21(77,8%) больной установить рецидив заболевания и в кратчайшие сроки начать специальное лечение, а у 6(22,2%) больных – рецидив опровергнут и больные избежали проведения необоснованного лечения.

### **Видеолaparоскопия при опухолях почки**

В исследование включено 214 больных раком почки, которым выполнена нефрэктомии. Медиана возраста пациентов составила 53,7 (25-73) года. Мужчин – 90 (42%), женщин – 124 (58%). Все больные разделены на две группы. В основную группу вошло 164 (77%) пациента с клиническим диагнозом рак почки с T1-3N0M0, подвергнутых лапароскопической нефрэктомии. В контрольную группу ретроспективно отобраны 50 (23%) больных, которым была выполнена радикальная нефрэктомия лапаротомным доступом по поводу локализованного рака почки. Обе группы были сопоставимы по: возрасту, клиническим проявлениям, размерам опухоли почки и ее локализации в ней. Ни в одном наблюдении не выявлено регионарных и отдаленных метастазов.



Из анализа продолжительности лапароскопической нефрэктомии исключены данные 8 (7,8%) пациентов, у которых потребовалось выполнение лапаротомного доступа для безопасного завершения операции.

Медиана продолжительности лапароскопической нефрэктомии составила 160 мин, что достоверно больше, чем при выполнении открытых операций (100 мин;  $p < 0,001$ )

В анализ объема кровопотери были включены данные 156 пациентов, которым весь объем хирургического вмешательства выполнен лапароскопически. Средний объем кровопотери во время лапароскопических нефрэктомий составил 280,1 мл. Трансфузия компонентов крови с заместительной целью не потребовалась ни одному из пациентов, кому выполнена лапароскопическая нефрэктомия.

Медиана объема интраоперационной кровопотери у 50 больных, оперированных лапаротомным доступом, составила 283,5 мл, что достоверно не отличается от таковой среди пациентов, подвергнутых лапароскопической нефрэктомии ( $p = 0,342$ ). Трансфузия компонентов крови потребовалась в 6 (12%).

*Интраоперационные осложнения* зарегистрированы у 14 (8,5%) из 164 пациентов, которым планировалось выполнение нефрэктомии лапароскопическим доступом. В 9 (5,5%) из 14 наблюдений отмечено ранение почечной вены – 4 (2,4%), нижней полой вены – 2 (1,2%), аорты – 2 (1,2%), отрыв левой надпочечниковой вены от почечной вены – 1 (0,6%).

В 2 (1,2%) – повреждение селезенки, в 1 (0,6%) – ранение диафрагмы. В 2 (1,2%) наблюдении развилась массивная подкожная эмфизема. Конверсия потребовалась в 8 (4,9%) из 164 наблюдений с целью ушивания дефектов крупных сосудов. В 1 случае (0,6%) кровотечение из надпочечниковой вены удалось остановить эндоскопически. В 2 (1,2%) случаях при ранении селезенки во время мобилизации левой почки с опухолью верхнего полюса произведена лапароскопическая спленэктомия. В 1 (0,8%) наблюдении при ранении диафрагмы, развитии пневмоторакса выполнено клипирование образовавшегося дефекта.

У 14 (8,9%) из 156 больных, которым операция была завершена эндоскопически, отмечены осложнения в послеоперационном периоде.

*Хирургические осложнения* зарегистрированы у 8 (5,1%) из 156 пациентов, подвергнутых лапароскопической нефрэктомии. В 1 (0,6%) наблюдении в связи с ранним кровотечением из ложа удаленной почки выполнена экстренная операция лапароскопическим доступом – остановка кровотечения.

У 1 (0,6%) пациента через 6 месяцев после клипирования, в связи с появлением грыжи купола диафрагмы и пролабированием органов брюшной полости в грудную полость, потребовалось повторное хирургическое вмешательство – ушивание дефекта. В 3 (1,9%) случаях из 156, в среднем, на 21 сутки после операции, в ложе удаленной почки выявлена нагноившаяся гематома, потребовавшая чрезкожного пункционного дренирования. У 3 (1,9%) пациентов отмечено нагноение послеоперационной раны.

*Интраоперационные осложнения* зарегистрированы у 3(6,0%) из 50 больных, подвергнутых открытой нефрэктомии, что меньше, чем в группе пациентов, оперированных лапароскопическим доступом ( $p=0,075$ ). Во всех 3 случаях имело место ранение селезенки, послужившее показанием к выполнению спленэктомии.

Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 5(10%) больных: нагноившаяся гематома забрюшинного пространства – 2(4,0%), эвентрация – 1(2,0%), пневмония – 2(4,0%). Летальных исходов не было.

Различий частоты и структуры нехирургических послеоперационных осложнений между основной и контрольной группами достоверно не выявлено ( $p>0,05$ ).

Восстановление перистальтики кишечника у 154 больных, оперированных лапароскопическим методом, происходило, в среднем, через  $10,7\pm 4,5$  часа, в группе 50 пациентов, подвергнутых нефрэктомии открытым методом, – через  $32\pm 12,1$  часов ( $p<0,049$ ). У всех пациентов основной группы проведение инфузионной терапии было необходимо только в течение первых суток после операции, а у пациентов контрольной группы – в среднем 3 суток.

Медиана периода пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии больных после лапароскопическая нефрэктомия составила  $0,0\pm 0,6$  дней, что достоверно меньше, чем  $1,0\pm 0,7$  дней у пациентов, которым операцию выполнили лапаротомным доступом ( $p<0,001$ ).

Медиана общего периода госпитализации 156 больных после лапароскопической нефрэктомии составила  $7,0 \pm 3,6$  дня, что достоверно меньше, чем у 50 пациентов, которым операцию выполнили лапаротомным доступом ( $12,0 \pm 3,1$  дня;  $p < 0,001$ ).

У 3 (2,2%) из 138 пациентов, подвергнутых радикальной лапароскопической нефрэктомии по поводу почечно-клеточного рака, через 13, 19 и 22 мес. после операции развились рецидивы заболевания: местный рецидив 1 (0,7%), отдаленные метастазы 2 (1,5%). Больной с местным рецидивом подвергнут радикальному удалению опухоли, в настоящее время жив без признаков болезни в течение 24 мес. после операции. Пациентам с множественными метастазами в легкие назначена иммунотерапия альфа-интерфероном.

Рецидивы развились у 3 (6,0%) из 50 больных локализованным РП, подвергнутых открытой нефрэктомии, в среднем через 59,2 мес. (13-148 мес.) после операции: отдаленные метастазы у 1 (2,0%), местный рецидив и отдаленные метастазы у 2 (4,0%). Одному пациенту с солитарным метастазом в теле 5 поясничного позвонка выполнено радикальное хирургическое вмешательство. Остальные больные получали системную терапию, основанную на препаратах альфа-интерферона, без эффекта. Достоверных различий частоты ( $p=0,271$ ) и времени ( $p=0,337$ ) возникновения рецидивов РП после лапароскопической и открытой нефрэктомии не выявлено.

Все 26 (15,8%) пациентов, имевшие доброкачественные образования почки, живы без признаков болезни. Таким образом, общая выживаемость 138 больных почечно-клеточным раком после лапароскопической нефрэктомии составила 100%. Безрецидивная 4-летняя выживаемость радикально оперированных пациентов равна 94,9%.

Общая 1- и 4-летняя выживаемость больных, подвергнутых открытой нефрэктомии, составила 98,9% и 96,4%, безрецидивная – 100% и 96,2% соответственно. Достоверных различий общей ( $p=0,175$ ), и безрецидивной ( $p=4,75\%$ ) выживаемости между группами не выявлено.

Таким образом, на сегодняшний день можно смело утверждать, что лапароскопический доступ для выполнения нефрэктомии у больных с ранними стадиями рака почки, является

приемлемым с онкологических позиций, менее травматичным, и безопасным по сравнению с открытыми операциями. Применение лапароскопического подхода позволяет снизить требования к обезболиванию, ускорить восстановление в послеоперационном периоде, уменьшить продолжительность пребывания в стационаре и ускорить возвращение к нормальной активности по сравнению с открытой хирургией.

### Видеолапароскопия при опухолях надпочечника

Нами выполнено 15 лапароскопических адреналэктомий по поводу объемных образований надпочечников (8 правосторонняя и 4 левосторонняя, у 2 больных переход на лапаротомию, у одной больной операцию вынуждены были прекратить в связи с интраоперационным нарушением сердечной деятельности). Медиана возраста больных 48,7 лет (от 17 до 70). Мужчин было 11(73,3%), женщин – 4 (26,7%). По диагнозам больные распределились следующим образом: у 4 больных (26,67%) – рак коры надпочечников, у 4 (26,67%) – аденома коры, у пациента 1 (6,67%) – киста надпочечника, 1 (6,67%) феохромоцитомы, у 5 (33,33%) – метастазов рака в надпочечник (3 – рака легкого и 2 – рака почки). Наличие клинических симптомов были причиной обследования в 5 (33,33%) случаях: у 4 (26,67%) пациентов было стойкое повышение АД до 160-170 мм.рт.ст. и у одной больной были жалобы на боли в пояснице. Бессимптомное течение заболевания было у 10 (66,67%) пациентов: у 5 (33,33%) больных опухоль надпочечника случайно обнаружена при УЗИ и 5 (33,33%) пациентов наблюдались по поводу рака легких и рака почки, при контрольном обследовании обнаружено метастатическое поражение надпочечников. В плане обследования всем больным проводились УЗИ, КТ и ангиография. Средний размер выявленной опухоли составил 3,4 см (от 2,5 до 5 см). Исследование катехоламинов и 17-кетостероидов мочи проводилось всем пациентам, незначительное повышение адреналина и норадреналина было в 4 (26,67%) случаях. Сцинтиграфия с <sup>123</sup>метайодбензилгуанидом (MIBG) проводилась 4 (26,67%) больным, что позволило на дооперационном этапе исключить гормональную активность опухоли надпочечников. Пункция под контролем УЗИ

произведена дважды, что в одном случае позволило верифицировать аденому, а в другом – метастатическое поражение надпочечника у больного раком легкого. При комплексном обследовании больных с первичной опухолью надпочечника – признаков распространенности опухолевого процесса до операции не обнаружено ни в одном случае, в связи с чем вмешательство произведено с использованием лапароскопического доступа. Кровопотеря составила от 50 до 600 мл, в среднем 290 мл, показаний к гемотрансфузии не было. Средняя продолжительность операции: при правосторонней лапароскопической адреналэктомии – 130 мин., при левосторонней 162 мин. Более продолжительное время операции при левосторонней адреналэктомии, по нашим данным, обусловлено освоением методики. Конверсия была у 2 больных: в одном случае в связи с прорастанием метастатически пораженного надпочечника в ретрокавальное пространство (у больного раком правого легкого). При лапаротомии с техническими трудностями надпочечник выделен и удален, обнаружено поражение парааортальных лимфоузлов, причем такой объем поражения не был обнаружен на дооперационном этапе на УЗИ, КТ и ангиографии, у больного адреналэктомия носила паллиативный характер. Во втором случае лапаротомия выполнена в связи с ранением нижней полой и правой почечной вен при мобилизации. Кровотечение остановлено путем прошивания. В послеоперационном периоде все больные в течение 1-3 суток получали антибиотики. Активизация больных ранняя – в течение первых суток разрешено вставать и принимать жидкость, на 2 сутки разрешено ходить. Болевой синдром, требующий назначения наркотических анальгетиков, у большинства больных отмечен в течение первых суток, в дальнейшем было достаточно применения ненаркотических анальгетиков. Дренаж из брюшной полости удаляли на 3 сутки. Пареза кишечника не наблюдалось. У всех больных заживление раны первичным натяжением, швы снимали на 6 сутки. Послеоперационные осложнения возникли у 2 (13,33%) больных (гематома ложа удаленного надпочечника и послеоперационная правосторонняя нижнедолевая пневмония), купированы консервативно. Среднее время пребывания в стационаре больных без осложнений составило 6,7 койко-дня.

Малая агрессивность эндохирургических вмешательств, лучшая визуализация анатомических структур, дает возможность выполнять гемостаз и лимфодиссекцию более тщательно, благоприятное течение послеоперационного периода и хороший косметический эффект делают лапароскопическую адrenaлэктомию весьма перспективной для внедрения в современную онкохирургию.

### **Видеолапароскопия у больных с опухолями желудочно-кишечного тракта**

За период с 2000 по 2007 год в институте выполнено 62 видеолапароскопические операции на желудочно-кишечном тракте. Оперировано 37 (59,5%) женщин и 25 (40,5%) мужчин в возрасте от 48 до 77 лет. Средний возраст больных составил 63 года.

Операции на желудке выполнены 15 пациентам, из них дистальные субтотальные резекции по поводу рака антрального отдела (небольшие, преимущественно экзофитные опухоли) у 6 больных, клиновидные резекции 9 больным с неэпителиальными опухолями желудка. Все дистальные субтотальные резекции желудка выполнялись видеоассистированно. Эндоскопический этап включал мобилизацию желудка с сальником, отсечение 12-перстной кишки, выделение и лигирование левой желудочной артерии. Резекция и формирование анастомозов выполнялось открытым способом, через небольшой, 4-8 сантиметровый разрез. Показания для выполнения операций на толстой и прямой кишке не отличаются от принятых в «открытой» хирургии. Нами выполнено 47 операций на толстой кишке, среди которых: резекций сигмовидной кишки – 19, сигмостомий – 10, правосторонних гемиколэктомий – 6, левосторонних – 3, формирование колостомы 7, и по одному случаю выполнены резекции тонкой и прямой кишки, и трансверзостомии (табл. 8).

Формирование анастомозов при операциях на толстой кишке также выполнялось после выведения мобилизованного отдела кишки из брюшной полости через минилапаротомный доступ, за исключением 5 случаев резекции прямой и сигмовидной кишок, когда анастомоз формировался с использованием видеохирургической техники и аппарата для циркулярного анастомоза.

**Объем хирургических вмешательств  
на желудочно-кишечном тракте**

Объем операции	Количество больных	%
Дистальная субт. резекция желудка	6	9,7
Клиновидная резекция желудка	9	14,5
Резекция сигмовидной кишки	19	30,6
Сигмостомия	10	16,1
Колостомия	8	13,0
Прав. гемиколэктомия	6	9,7
Лев. гемиколэктомия	3	4,8
Резекция тонкой кишки	1	1,6
Резекция прямой кишки	1	1,6
<b>Всего</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

При видеолaparоскопических операциях на желудочно-кишечном тракте средняя длительность операции составила  $224,3 \pm 38,6$  минуты. Важно, что кроме накопленного опыта, на продолжительность операции оказывает влияние и совершенствование оборудования. Так, при использовании гармонического скальпеля, который позволяет производить рассечение тканей без осуществления дополнительной коагуляции мелких сосудов, продолжительность операции в среднем сокращается на 25 минут. Интраоперационная кровопотеря в группе больных составила  $264 \pm 35,2$  мл. Осложнений во время операций не отмечено. В раннем послеоперационном периоде у одной больной раком прямой кишки, после операции Гартмана, отмечен некроз кишки в области стомы. Больная экстренно оперирована, ей сформирована трансверзостома. Причиной такого рода осложнения могла быть недостаточная мобилизация кишки и, как следствие, нарушение кровоснабжения кишки.

Парез кишечника, более 3-х суток отмечен у 2-х больных после правосторонней гемиколэктомии. Длительность нахождения больных в стационаре в послеоперационном периоде в среднем составила 9,4 дня.

Значительную часть времени при выполнении открытой операции занимает разрез, гемостаз и ушивание послеоперационной раны, в то время как при лапароскопической операции доступ в брюшную полость с расстановкой портов у нас занимал не более 15 минут (от 5 до 15 минут). Лапароскопически ассистированные операции являются комбинацией лапароскопической операции со всеми ее преимуществами (косметическим разрезом, коротким периодом реабилитации) с лапаротомией. Кроме того, преимуществами метода лапароскопически ассистированной операции является рациональное использование разреза, необходимого для удаления органа, формирования стомы, а также возможность контролировать операционное поле. Возможность идентификации структур с помощью пальпации в процессе лапароскопически ассистированной операции на ЖКТ помогает ориентироваться и упрощает некоторые этапы операции. Лапароскопически ассистированные операции по нашему опыту также имеет огромное преимущество перед стандартной лапароскопической (уменьшения продолжительности и улучшения качества формирования анастомозов) и тем более открытой операциями (ускоренная реабилитация, меньшее количество осложнений).

### **Видеоторакоскопия у больных с опухолями легких и плевры**

Внедрение в практику современных методов инструментального исследования – рентгентелевидения, рентгеновской компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, позитронно-эмиссионной томографии позволило добиться больших успехов в развитии визуального исследования опухолей, однако перспектива дальнейшего совершенствования диагностики сопряжена с необходимостью исследовать морфологическую основу выявляемых патологических изменений, для чего и применяется диагностическая торакоскопия.

Для достижения поставленных целей, в порядке разработки и изучения торакоскопической методики выполнено 115 хирургических вмешательств по поводу объемных образований легких и плевры. У 70 (60,8%) больных торакоскопия носила исключительно диагностический характер, так как поражение легких было множественным, у 45 (39,2%) – с лечебно-



диагностической целью, так как в легких определялся солитарный метастаз. В исследование входило 52 мужчины и 63 женщины, средний возраст которых составил 43,2 лет.

При сравнении предоперационного диагноза, который выставлялся на основании рентгенологических методов исследования в 78 (67,8%) случаях – соответствие диагнозов, а в 37 (32,2%) – несоответствие.

Бронхоскопическое исследование у этого контингента больных, учитывая периферическое расположение метастазов в легких, было мало-результативным. Выполнено 11 бронхоскопий, из которых в 6 случаях видимых изменений не обнаружено, в 3 случаях материал оказался не информативен, подозрение на лимфопролиферативное заболевание высказано в 2 случаях.

По характеру объемного образования в легком распределение произошло следующим образом: метастазы солидной опухоли – 73 (63,5%), доброкачественные опухоли – 23 (20%), лимфопролиферативные заболевания – 8 (7%), патологический очаг не обнаружен – 2 (1,7%).

При солидном строении первичного очага с метастазами в легкое основное место занимают больные с остеогенной саркомой – 19 (26%), рак легкого – 9 (12,3%), герминогенные опухоли – 9 (12,3%), саркомы мягких тканей – 7 (9,5%), рак почки – 6 (8,2%). У больных с неопухолевой патологией ведущие положения занимают туберкулез – 10 (43,5%), фиброз легкого – 5 (21,8%) и пневмонии – 4 (17,5%).

108 больных ранее получали лечение: 8 – лучевую терапию, 47 – полихимиотерапию, 53 – выполнено оперативное вмешательство по поводу первичного очага. 5 человек получили комплексное лечение (лучевая терапия + химиотерапия + операция). 33 больных получили комбинированное лечение, 30 из которых операция + химиотерапия и 3 пациента операция + лучевая терапия.

Патологические изменения легочной паренхимы выявлено в 98 (85,3%), случаях, париетальной и висцеральной плевры – в 15 (13%), в 2 (1,7%) случаях патологического очага не выявлено. Поражение верхней доли правого легкого имело место в 18 (15,7%), средней доли – 8 (7%), нижней – 31 (27%); верхней доли левого легкого – 23 (20%), нижней доли – 23 (20%). Причем в 5 случаях выполнялась билатеральная резекция.

Надо отметить что патологический очаг расположенный субплеврально, больших трудностей не вызывает, однако при интрапаренхиматозном расположении патологического очага могут возникать определенные затруднения. При расположении объемного образования внутри легочной паренхимы — на 1-2 см глубже поверхности плевры — мы пользуемся предоперационной разметкой якорной иглой под контролем РКТ.

В 21 случае из 115 визуализация объемных образований без предварительной разметки была невозможна вследствие того, что очаги располагались интрапаренхиматозно. В этих случаях с целью максимального сокращения времени затраченного на поиск объемного образования во время операции, непосредственно перед операцией была выполнена предоперационная разметка с использованием якорной иглы под контролем РКТ.

Среди наших больных в процессе торакоскопических операций осложнений не возникало.

Для определения степени распространенности и морфологической верификации опухолевого поражения плевры выполнено 15 торакоскопических вмешательств. Среднее время оперативного вмешательства составляло 48,6 минуты, однако в 6 случаях потребовалось проведение срочного гистологического исследования, поэтому время операции увеличивалось до 70 минут, а минимальное время составляло 20 минут. Из 115 оперативных вмешательств в 7 случаях обнаруживался плеврит, но основным показанием для операции служили множественные очаги на висцеральной или париетальной плевре.

В связи с появлением широкого спектра эффективных противоопухолевых препаратов зачастую возникает необходимость оценить степень лечебного патоморфоза в патологическом очаге для выработки дальнейшей тактики ведения больного. С этой целью было выполнено 24 эндоскопических резекций легкого. По степени лечебного патоморфоза больные распределились следующим образом: без лечебного патоморфоза — 7, I степенью — 4, II степенью — 3, III степенью — 5, IV степенью — 5. Самой выраженной степенью патоморфоза обладают герминогенные опухоли, без лечебного патоморфоза — саркомы.

Еще одним показанием для проведения диагностической торакоскопии являлось дифференциальная диагностика между различными заболеваниями. С целью дифференциальной диагностики выполнено 15 торакоскопических операций. Из 10 оперативных вмешательств, выполненных по поводу лимфопролиферативного заболевания, в трех случаях были обнаружены воспалительные изменения, после чего была проведена соответствующая терапия. У одного пациента с диагнозом: первично-множественная метакронная опухоль: рак правой почки, состояние после нефрэктомии, остеосаркома правой бедренной кости, состояние после комбинированного лечения, при контрольном обследовании был обнаружен очаг в легком, после выполненной торакоскопической резекции и получения морфологического заключения установлено, что очаг в легком являлся метастазом остеогенной саркомы. При обследовании двух других пациентов поставлен предварительный диагноз – мезотелиома плевры? фиброз легкого? После выполненного торакоскопического вмешательства в одном случае получен диагноз – фиброз легкого, в другом – метастаз рака желудка. У двух больных с дифференциальным диагнозом: рак почки, состояние после нефрэктомии, метастаз в легкое? или рак легкого? У одного больного после патоморфологического заключения установлен диагноз – саркоидоз, у другого – фиброз легкого.

Основная цель выполнения диагностической торакоскопии – это получение материала для морфологической верификации диагноза. Эта задача решается без больших трудностей, когда объемное образование расположено субплеврально, но если оно находится в легочной паренхиме и не имеет никаких проявлений на плевре, появляется необходимость предоперационной разметки очага. Во время торакоскопических операций в 14 случаях использовали УЗИ для определения места расположения патологического очага в легочной паренхиме, в одном – для определения возможности выполнения биопсии средостения. Предоперационная разметка интрапаренхиматозных очагов в легких якорной иглой под контролем РКТ выполнялась в 21 случае.

Показанием для выполнения предоперационной разметки очагов, расположенных в паренхиме легкого, являлись: расположение объекта на глубине от 0,5 до 4 см от висцеральной

плевры (по данным РКТ), размеры очага не должны превышать 25мм. Относительным противопоказанием могло являться расположение очага в проекции лопатки либо в непосредственной близости от позвоночника, поскольку приходилось устанавливать якорь под большим углом, по отношению к коже, а при коллабировании легкого увеличивалась вероятность, что мандрен выйдет из паренхимы.

Оценивая эффективность диагностической торакоскопии проводилась сравнительная оценка предоперационного диагноза с результатами торакоскопии. Разделив 115 случаев на две группы: совпадение предоперационного диагноза и результатов торакоскопии и расхождение предоперационного диагноза и результатов торакоскопии. В первую группу вошло 74 (64,3%) больных с опухолевым поражением легких и плевры предварительный диагноз был подтвержден и морфологически уточнен. Во вторую группу вошел 41 (35,7%) больной. У 8 (7%) – диагноз был уточнен, что привело к изменению тактики дальнейшего лечения. В 10 (8,7%) случаях опухолевое поражение было признано доброкачественным. Особо следует отметить, что в 23 случаях (20%) – обнаружено не опухолевые изменения, хотя предварительный диагноз злокачественного поражения был поставлен на основании рентгенологических методов исследования.

Время операции в среднем составляло 40,9 минуты от 20 минут до 170 минут, оно зависело от многих факторов, например от таких как: опыт оперирующего хирурга и ассистентов, наличия и распространенности спаечного процесса, удобство расположения портов, проведения срочного гистологического исследования и т.д. Срочное гистологическое исследование проводилось в 17 случаях и, как правило, удлиняло время операции на 10-20 минут.

Из 115 оперативных вмешательств в 6 случаях торакоскопия заканчивалась миниторакотомией и дважды полноценной торакотомией. 5 торакотомий было выполнено до того, как в клинике начал внедряться метод предоперационной разметки интрапаранхиметозных очагов в легких под контролем КТ. Применение антибактериальной терапии потребовалось 68 больным. Причем 48 больным незадолго до операции проводилась химиотерапия и или лучевая терапия, поэтому им проводилась профилактическая антибактериальная терапия.

Наркотические анальгетики применялись после всех оперативных вмешательств, одно- и двухдневное применение потребовалось в подавляющем большинстве случаев 69 случаях.

У 71 из 115 пациентов перенесшего диагностическую торакоскопию отмечались разного рода осложнения, однако половину из них составляют: подкожная эмфизема – 49,3%, гипертермия без явных признаков инфекционных осложнений – 15,5% и нагноение послеоперационной раны выявлено у 12,7% больных, тем не менее, у всех рана зажила первичным натяжением.

В процессе работы составлен алгоритм действий при обнаружении объемного образования в легких и на плевре.

Схема № 1

**Алгоритм обследования больных с опухолями легких и плевры**



### Видеохирургия у онкогематологических больных

Видеохирургия в диагностике злокачественных лимфом способствует уточнению характера изменений, выявленных при неинвазивных методах исследования, а также получить материал для морфоиммунологического исследования, необходимого для установления варианта лимфомы и выбора рациональной тактики лечения. Целью нашего исследования явилось определение возможностей видеохирургических операций для верификации диагноза и оценки полноты достигнутого эффекта специального лечения.

Нами проведен анализ результатов 158 диагностических операций, выполненных пациентам с подозрением на лимфопролиферативное заболевание при поражении органов и тканей грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства.

Медиана возраста 44,6 лет (от 17 до 73 лет). Мужчин было 82 (52%), женщин 73 (48%). Наличие клинических проявлений были отмечены у 130 пациентов (84%). У 25 пациентов (16%) опухолевое поражение выявлено при диспансеризации.

Аспирационная биопсия оказалась безрезультатной у 62 (59,6%) пациентов. Таким образом, до видеохирургического вмешательства в подавляющем числе случаев (60,7%) была предпринята безуспешная попытка предоперационной пункционной биопсии опухоли.

**Видеоторакоскопия в диагностике злокачественных лимфом.** Видеоторакоскопические вмешательства были выполнены 77 (49,7%) пациентам. Видеоторакоскопия справа осуществлена у 45 пациентов (58,4%), видеоторакоскопия слева – у 26 (33,8%). Конверсия осуществлена только у 5 (6,5%) пациентов: миниторакотомия справа – 3 (3,9%) случая, длина операционной раны при которой не превышала 10,0 см, торакотомия слева – 2 (2,6%) случая. Повторная видеоторакоскопия потребовалась 1 пациенту (1,3%) в связи с тем, что при первой операции диагноз не был уточнен. В результате повторной операции была диагностирована диффузная В-крупноклеточная лимфома.

Объем вмешательств при видеоторакоскопии был различным: наиболее часто производилась биопсия пораженных

медиастинальных лимфатических узлов – у 52 (67,5%) больных. У трети пациентов возникла необходимость биопсии ткани легкого, которая была выполнена 11 (14,3%) пациентам, лимфатических узлов корня легкого – 5 (6,5%), плевры – 3 (3,9%). В 5 (6,5%) случаях выполнена резекция легкого. В одном случае произведена биопсия внутригрудного компонента опухоли грудной стенки.

В 2 (2,6%) случаях из 77 видеоторакоскопических вмешательств была невозможна визуализация объемных образований в легких без предварительной разметки в связи с тем, что очаги располагались интрапаренхиматозно. С этой целью использовалась методика выполнения предоперационной разметки якорной иглой интрапаренхиматозных очагов в легких под контролем РКТ.

Необходимость в конверсии возникла у 5 (6,5%) больных: в 1 случае в связи со сложностями дифференциации патологического очага и нормальной ткани, в 2-х случаях – из-за неустановленной на дооперационном этапе облитерации плевральной полости и у 2 пациентов – в связи с возникновением интраоперационных осложнений в виде кровотечения из опухоли в ходе выполнения биопсии.

Послеоперационные осложнения в виде пневмонии возникали крайне редко – у 2 (2,6%) больных. Воспаление купировано в течение 5-7 суток применением антибактериальных препаратов. Незначительная подкожная эмфизема, являющаяся закономерным следствием пневмоторакса, отмечена у 10 (13%) пациентов.

Для профилактики интраоперационных осложнений, в первую очередь, кровотечений, использовались троакары с тупым (закругленным) концом, которые вводились под визуальным контролем, что позволяло предотвратить повреждение диафрагмы, перикарда, легкого и межреберных сосудов. При биопсии патологической ткани мы выбирали зону с наименее выраженной сосудистой сетью, для чего использовали возможности интраоперационного ультразвукового исследования.

Смещение средостения предотвращали проведением операции на разгерметизированной плевральной полости без инсуффляции  $\text{CO}_2$ . Выключением из акта дыхания легкого на стороне вмешательства посредством отдельной интубации бронхов создавали оптимальные условия для оперирования.

**Видеолапароскопия в диагностике злокачественных лимфом.** Видеолапароскопические вмешательства выполнены 81 (52,3%) пациенту. Из них необходимость прибегнуть к конверсии возникла у 21 (26%) пациента: в 2 (2,5%) случаях – выполнена минилапаротомия и в 19 (23,5%) наблюдениях – лапаротомия. Причина конверсии была обусловлена в 8 (9,9%) случаях – сложностями дифференциации опухолевой и нормальной ткани, в 8 (9,9%) – топографо-анатомическими особенностями опухоли, в 3 (3,7%) случаях мы столкнулись с выраженным спаечным процессом в брюшной полости, который не удалось выявить на дооперационном этапе. В 2 (2,5%) случаях необходимость в конверсии возникла в результате интраоперационного осложнения в виде кровотечения из опухоли после биопсии. Видеоассистированная минилапаротомия была выполнена в 2 (2,5%) из 21 случая конверсии (длина операционной раны не превышала 8 см). Однако этого вмешательства было вполне достаточно для достижения намеченной цели в полном объеме, благодаря применению лапароскопа, позволяющего идеально визуализировать операционное поле. Повторная видеолапароскопия выполнена 2 (2,5%) пациентам. Решение о необходимости выполнения повторной операции было вызвано морфологическим заключением «изменения реактивного характера», что не соответствовало быстро нарастающим клиническим проявлениям заболевания. В обоих наблюдениях установлен окончательный диагноз – диффузная В-крупноклеточная лимфома и периферическая В-клеточная лимфома.

При видеолапароскопических операциях было выполнено 55 (68%) биопсий забрюшинных лимфатических узлов, 6 (7,4%) биопсий опухоли брыжейки тонкой кишки, 5 (6,2%) биопсий опухоли большого сальника, 5 (6,2%) биопсий подвздошных лимфатических узлов, 3 (3,7%) биопсии печени, 2 (2,5%) спленэктомии, 1 (1,2%) резекция большого сальника, 1 (1,2%) биопсия опухоли поджелудочной железы. Трем пациентам выполнялись сочетанные операции: биопсия печени сочеталась с биопсией забрюшинных лимфатических узлов, брыжейки тонкой кишки и поджелудочной железы.



В ситуации, когда при визуальном осмотре обнаружить патологически измененные ткани не представлялось возможным, нами использовалась методика интраоперационного ультразвукового исследования. Это позволяло частично компенсировать невозможность мануального исследования патологического очага, определить анатомо-топографические особенности опухоли и прицельно выполнить биопсию измененной ткани. Использование интраоперационного ультразвукового исследования позволило нам уточнить наличие патологически измененных лимфатических узлов у 33 (21,3%) пациентов, что помогло решить поставленные диагностические задачи. Время, затраченное на проведение ультразвукового исследования, составляло от 5 до 15 минут.

При морфологическом исследовании опухолевой ткани диагноз злокачественной лимфомы был подтвержден у 104 (67,1%) больных. В 51 (32,9%) случае предполагаемый диагноз злокачественной лимфомы был отвергнут: у 19 (12,3%) больных выявлены другие злокачественные опухоли и у 32 (20,6%) – неопухолевая патология.

Несмотря на взятие материала из визуально пораженного отдела для уверенности в выполнении адекватной биопсии в более, чем в половине наблюдений (61,5%), мы прибегли к срочному гистологическому исследованию. Однако, по нашим данным у 56 (57,7%) больных уже на этом этапе диагностики с достаточной долей вероятности был поставлен диагноз лимфомы Ходжкина или неходжкинской лимфомы, а у 11 (7,2%) больных проводилась дифференциальная диагностика между лимфопролиферативным заболеванием и эпителиальным злокачественным процессом или неопухолевой патологией. У 2 (2,1%) пациентов при срочном исследовании выявлена эпителиальная злокачественная опухоль, у 3 (3,1%) – мезенхимальная опухоль, у 2 (2,1%) – мезотелиома, у 2 (2,1%) – тимома, а у 2 (2,1%) больных высказано подозрение о злокачественной опухоли без уточнения гистогенеза. Неопухолевый характер поражения выявлен у 23 пациентов (23,7%): туберкулез – у 5 (5,2%) больных, саркоидоз – у 11 (11,3%), реактивный характер изменений – у 7 (7,2%) пациентов.

Срочное гистологическое исследование выполнялось в каждом случае биопсии опухолевого поражения печени и большого сальника для подтверждения адекватности взятого материала. Реже выполнялось срочное гистологическое исследование при биопсии опухолево измененной брыжейки тонкой кишки – в 5 из 6 случаев.

Совпадение срочного и планового морфологического исследований отмечалось в 54 (84,3%) случаях из 64.

Исходно предполагаемое наличие у больных злокачественной лимфомы доказано у 104 (67,1%) больных из 155. При выполнении планового гистологического исследования лимфома Ходжкина установлена 44 (42,3%) пациентам, неходжкинская лимфома – 60 (57,7%).

Установлены следующие морфологические варианты лимфомы Ходжкина: нодулярный склероз – у 36 (81,8%) пациентов, смешанно-клеточный – у 6 (13,6%), лимфоидное истощение – у 2 (4,5%) больных. В-клеточные неходжкинские лимфомы выявлены у 60 (57,7%) пациентов: диффузная В-крупноклеточная лимфома у 30 (50%) пациентов, периферическая В-клеточная лимфома – у 30 (50%) (из них фолликулярная лимфома – у 14 (46,7%) больных).

В нашем исследовании крайне редко при плановом морфологическом исследовании выявлялись изменения реактивного характера – 3 (1,9%). При этом, несоответствие клинических проявлений и результатов гистологического исследования послужило основанием для повторного эндохирургического вмешательства, в результате которых всем пациентам установлен окончательный диагноз лимфомы.

У остальных 51 (32,9%) больных предварительный диагноз злокачественной лимфомы был отвергнут: у 19 больных (37,3%) установлено наличие злокачественной опухоли другого генеза (метастазы рака – у 14 (73,7%) пациентов, нейроэндокринный рак – у 1 (5,3%), мезотелиома – у 1 (5,3%), злокачественная экстрагастроинтестинальная стромальная опухоль – у 1 (5,3%) пациента, злокачественный карциноид – в 2 (10,5%) случаях).

Неопухолевая патология, симулировавшая неоплазию, выявлена в 32 (20,6%) случаях. Морфоиммунологическое исследование позволило точно определить характер обнаруженных

изменений: саркоидоз был диагностирован у 12 (37,5%) больных, туберкулез – у 6 (18,8%), реактивные изменения – у 9 (28,1%), фиброз – у 3 (9,4%) пациентов, у 1 – болезнь Кастлемана (ангиофолликулярная гиперплазия лимфоидной ткани) и у 1 (3,1%) – гиперплазия тимуса.

Таким образом, в нашем исследовании предварительный клинический диагноз злокачественной лимфомы был подтвержден только в 2/3 наблюдений – у 104 (67,1%) больных, а у 51 (32,9%) пациента – опровергнут. Этот факт должен настораживать онкогематологов и онкологов при назначении лечения без морфологической верификации диагноза даже в экстренных клинических ситуациях.

Послеоперационные осложнения в виде очаговой пневмонии развились в результате перенесенных видеоторакоскопических вмешательств только у 2 (2,6%) больных пожилого возраста.

Применение наркотических анальгетиков было необходимо 74 (71,2%) больным. Причем 86,5% пациентов получали этот вид обезболивания лишь в 1 сутки.

Активность больных восстанавливалась в течение первых суток после перенесенного вмешательства.

Дренажи устанавливали всем больным, которым выполнялась видеоторакоскопия, и трети пациентам – 31 (38,3%), перенесшим видеолапароскопическое вмешательство. Критериями удаления дренажа, установленного в результате видеоторакоскопического вмешательства, служили: расправленное легкое, участвующее в акте дыхания; отсутствие либо незначительная до 1,5-2,0 см прослойка газа, которая может рассосаться после удаления дренажа; прекращение экссудации (менее 100 мл в сутки).

Подавляющему числу пациентов (68-88,3%) дренаж удалялся в первые сутки после операции. В остальных 9 (11,7%) случаях – 2-3 сутки. Удаление дренажей после видеолапароскопии происходило при отсутствии отделяемого из брюшной полости. Более, чем у половины больных (64,5%) дренажи были извлечены в первые сутки.

Оценка эффективности проведенной терапии осуществлена у 14 больных злокачественными лимфомами, получавших противоопухолевое лечение, у которых на момент окончания

терапии по данным комплексного обследования выявлялась резидуальная опухоль.

Наличие остаточных проявлений болезни, на основании данных выполненных видеохирургических вмешательств, подтверждено у 11(78,6%) больных. Это означает, что этим больным требовалось проведение дополнительного противоопухолевого лечения.

У 3 (21,4%) больных в месте определения тканевого компонента выявлена фиброзная ткань, то есть наличие остаточной опухоли не подтвердилось. Это позволило адекватно оценить эффект осуществленной терапии, избежать необоснованного проведения дополнительного противоопухолевого лечения.

Таким образом, в онкогематологии при невозможности использования или неинформативности инвазивных методов показаниями для выполнения видеохирургических операций являются: подозрение на злокачественную лимфому, дифференциальная диагностика с солидными опухолями или их метастазами, а также заболеваниями неопухолевой природы и оценка лечебного эффекта.

Специфичными противопоказаниями для выполнения видеохирургических вмешательств являются: полная облитерация плевральной полости и выраженный спаечный процесс в брюшной полости.

Оценить эффективность проведенной терапии было необходимо 14 (13,5%) больным злокачественными лимфомами, из них у 11 (78,6%) больных было подтверждено наличие остаточных проявлений болезни.

Внедрение новых технологий в онкологическую практику позволило во всех случаях получить исчерпывающую диагностическую информацию малотравматичным путем. Уменьшение болевого синдрома, значительное сокращение сроков пребывания больных в стационаре на фоне хорошего косметического эффекта, а также ускорение реабилитации больных позволяет проводить адекватные лечебные мероприятия в более ранние сроки.

## ВЫВОДЫ

1. Лапароскопическая гистерэктомия показана больным раком эндометрия T1-2N0M0, при этом достоверных различий частоты ( $P > 0,269$ ) и времени возникновения ( $P > 0,328$ ) рецидивов рака эндометрия после лапароскопической и открытой гистерэктомии не выявлено. Частота и структура послеоперационных осложнений между основной и контрольной группами достоверно не различалась ( $P > 0,05$ ).
2. Общая 1- и 4-летняя выживаемость больных, после лапароскопической гистерэктомии составила 100% и 100% соответственно. В контрольной группе общая 1- и 4-летняя выживаемость составила 98,9% и 96,4%. Достоверных различий общей и безрецидивной выживаемости больных раком эндометрия в обеих группах не выявлено ( $P > 0,169$  и  $P > 0,453$  соотв.)
3. Лапароскопическая операция выполненная 197 пациенткам опухолями яичников, у 114 (57,9%) больных позволила опровергнуть диагноз рака и лапароскопия из диагностической перешла в лечебную.
4. Из 63 больных, которым проводилось комбинированное лечение по поводу рака яичников и отмечена клиническая ремиссия заболевания при видеолапароскопии морфологическая ремиссия подтверждена у 43 (68,2%) женщин, а у 20 больных (31,8%) – отмечен продолженный рост опухоли.
5. Видеохирургический метод позволил у 21 (77,7%) больной с подозрением на рецидив рака яичников подтвердить его морфологически, и у 6 (22,3%) пациенток рецидив не подтвержден ни лапароскопически, ни данными морфологического исследования.
6. Лапароскопическая нефрэктомия показана больным с опухолями почки размерами менее 10 см (T1,2,3a). Достоверных различий частоты ( $P > 0,271$ ) и времени ( $P > 0,337$ ) возникновения рецидивов рака почки после лапароскопической и открытой гистерэктомии не выявлено. Частота и структура послеоперационных осложнений между основной и контрольной группами достоверно не различалась ( $P > 0,05$ ).

7. Общая 1- и 4- летняя выживаемость больных, подвергнутых лапароскопической нефрэктомии, составила 100 и 100%, безрецидивная — 100 и 94,9% соответственно. Достоверных различий общей и безрецидивной выживаемости между группами не выявлено ( $P>0,171$  и  $P>0,475$  соотв.).
8. Эффективность диагностической торакоскопии составляет 100%, при этом в 23 (20%) случаях отмечено полное расхождение предоперационного диагноза и результатов торакоскопии. В 8,7% изменение в легком носило доброкачественный характер, хотя предварительный диагноз звучал как злокачественная опухоль, что поменяло тактику лечения.
9. Видеохирургические вмешательства в онкогематологии позволяют получить адекватный материал для морфоиммунологического исследования в подавляющем большинстве случаев (98,1%). Повторные видеохирургические операции, позволившие верифицировать диагноз, потребовались 1,9% и были обусловлены несоответствием между морфологическим заключением и клиническими проявлениями заболевания.
10. Исходно предполагаемое, на основании клинической картины, наличие злокачественной лимфомы было подтверждено 67,1%: лимфома Ходжкина и неходжкинские лимфомы установлены практически с одинаковой частотой (42,3% и 57,7% соответственно).
11. Необходимость в конверсии видеохирургических вмешательств возникала в 16,5%. Причинами конверсии были сложности дифференциации патологического очага (5,7%), топографо-анатомические особенности опухоли (5,1%), кровотечения из опухоли (2,5%), выраженный спаечный процесс в брюшной полости (1,9%) и облитерация плевральной полости (1,3%).
12. Интраоперационное ультразвуковое исследование использованное у 33 (21,3%) пациентов при диагностических лапаро- и торакоскопии позволило в 98,9% уточнить наличие патологической ткани, определить анатомо-топографические особенности опухоли и безопасно выполнить биопсию.

## Список работ, опубликованных по теме диссертации.

1. Видеоторакоскопические вмешательства по поводу очагового поражения легких с предоперационной разметкой якорной иглой / И.Г. Комаров, Б.И. Долгушин, А.В. Волобуев, **Т.М. Кочоян**, А.В. Леонтьев // Межрегиональная научно-практическая конференция. – Барнаул, 2003. – С. 214.

2. Предоперационная разметка интрапаренхиматозно расположенных очагов якорной иглой под контролем компьютерной томографии для видеоторакоскопического вмешательства / Б.И. Долгушин, О.М. Мелузова, А.В. Волобуев, Е.А. Богуш, **Т.М. Кочоян**, С.Ю. Слетина, А.В. Леонтьев // Эндоскопическая хирургия. – 2004. – №1. – С. 50-51.

3. Оценка функции внешнего дыхания у онкологических больных, перенесших торакоскопическое вмешательство / И.Г. Комаров, Б.И. Долгушин, Д.А. Шехонина, А.В. Волобуев, **Т.М. Кочоян**, С.Ю. Слетина, А.В. Леонтьев // Эндоскопическая хирургия. – 2004. – №1. – С. 50.

4. Торакоскопия в диагностике злокачественных лимфом с поражением органов грудной клетки / И.Г. Комаров, **Т.М. Кочоян**, А.В. Леонтьев, А.В. Волобуев, А.В. Логачев // Эндоскопическая хирургия. – 2005. – №1. – С. 35.

5. Диагностические видеохирургические операции у больных злокачественными лимфомами / И.Г. Комаров, И.В. Поддубная, А.В. Леонтьев, **Т.М. Кочоян**, А.В. Волобуев, А.В. Логачев // "Современные методы лечения онкологических больных". – Барнаул, 2007. – С. 27.

6. Видеохирургические операции в диагностике злокачественных лимфом / И.Г. Комаров, А.В. Леонтьев, **Т.М. Кочоян**, А.В. Волобуев, А.В. Логачев, И.В. Поддубная // Вестник РОНЦ имени Н.Н.Блохина РАМН. – 2007. – №3. – С. 41-44.

7. Возможности видеоторакоскопии при интрапаренхиматозных метастазах в легких после выполненной предоперационной разметки / Б.И. Долгушин, И.Г. Комаров, А.В. Волобуев, О.М. Мелузова, **Т.М. Кочоян**, С.Ю. Слетина, А.В. Леонтьев, А.В. Логачев // Эндоскопическая хирургия. – 2005. – №1. – С. 42-43.

8. Видеоторакоскопические вмешательства по поводу очагового поражения легких с предоперационной разметкой якорной иглой / И.Г. Комаров, Б.И. Долгушин, А.В. Волобуев, **Т.М. Кочоян**, А.В. Леонтьев // Материалы Российской Научно-практической конференции «Новые технологии в онкологической практике». – Барнаул, 2005. – С. 26.

9. Видеоторакоскопия у пациентов с объемными образованиями средостения / И.Г. Комаров, Г.Т. Синюкова, **Т.М. Кочоян**, А.В. Логачев, А.В. Леонтьев // Материалы Российской Научно-практической конференции «Новые технологии в онкологической практике». – Барнаул, 2005. – С. 26-27.

10. Возможности видеоторакоскопии в диагностике и лечении объемных образований легких и плевры / И.Г. Комаров, А.В. Волобуев, **Т.М. Кочоян**, А.В. Леонтьев, А.В. Логачев // Материалы X Российского онкологического конгресса. – М., 2006. – С. 39-42.

11. Торакоскопические операции в диагностике и лечении опухолевых поражений легких / **Т.М. Кочоян**, Р.А. Керимов, Д.В. Комов, И.Г. Комаров, А.В. Волобуев, Е.И. Игнатова, А.В. Логачев, А.В. Леонтьев, Д.А. Шаповалов // Материалы Российской Научно-практической конференции «Современные методы лечения онкологических больных: достижения и неудачи». – Барнаул, 2006. – С. 27-28.

12. Видео-лапароскопические операции на матке и ее придатках у больных раком молочной железы / И.Г. Комаров, Д.В. Комов, С.Ю. Слетина, **Т.М.Кочоян**. – М.: Триада-Х, 2007. – 70с.

13. Лапароскопическое клипирование сосудов как первый этап операций у больных с опухолями крестца / М.Д. Алиев, И.Г. Комаров, **Т.М. Кочоян**, И.Р.Мусаев, А.В. Логачев, А.В. Леонтьев// Эндоскопическая хирургия. – 2004. – №1. – С. 82-83.

14. Возможности видеоторакоскопии при интрапаренхиматозных метастазах в легких после выполненной предоперационной разметки / Б.И. Долгушин, И.Г. Комаров, А.В. Волобуев, **Т.М. Кочоян**, О.М. Мелузова, С.Ю.Слетина, А.В. Леонтьев, А.В. Логачев // Эндоскопическая хирургия. – 2005. – №1. – С.42-43.



15. Использование эндоскопической техники при резекциях крестца: клинический пример / М.Д. Алиев, И.Г. Комаров, И.Р. Мусаев, **Т.М. Кочоян**, Е.А. Сущенцов // Вопросы онкологии. – 2005. – Т.51, №3. – С.369-372.

16. Видеоторакоскопия у пациентов с объемными образованиями средостения / Г.Т. Синюкова, И.Г. Комаров, **Т.М. Кочоян**, А.В. Логачев, А.В. Леонтьев // Материалы научной конференции «Новые технологии в онкологической практике». – Барнаул, 2005. – С. 26-27.

17. Возможности лапароскопической хирургии при опухолях почки / В.Б. Матвеев, И.Г. Комаров, М.И. Волкова, **Т.М. Кочоян**, Н.Н. Ромашенко, Д.А. Роцин // Материалы Российской научно-практической конференции «Новые технологии в онкологической практике». – Барнаул, 2005. – С. 27-28.

18. Оценка преимуществ лапароскопической овариэктомии по сравнению с открытым хирургическим методом выключения функции яичников / И.Г. Комаров, **Т.М. Кочоян**, С.Ю. Слетина, А.В. Леонтьев // Материалы II Международной конференции «Проблемы диагностики и лечения рака молочной железы». – С.-Пб., 2005. – С. 123.

19. Показания и объем лапароскопических вмешательств у больных раком молочной железы в сочетании с различными заболеваниями матки и придатков / И.Г. Комаров, **Т.М. Кочоян**, С.Ю. Слетина, А.В. Логачев // Материалы II Международной конференции «Проблемы диагностики и лечения рака молочной железы» – С.-Пб., 2005. – С. 136.

20. Видеохирургические операции в диагностике злокачественных лимфом / А.В. Леонтьев, И.Г. Комаров, **Т.М. Кочоян**, А.В. Волобуев, А.В. Логачев, И.В. Поддубная // Вестник РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН. – 2007. – Т. 18, №3 – С. 41-45.

21. Лапароскопическая адреналэктомия у больных с новообразованиями надпочечников / **Т.М. Кочоян**, И.Г. Комаров, Р.А. Керимов, Э.К. Подрегульский, А.В. Логачев // Сибирский онкологический журнал. – 2008. – Т.26, №2 – С. 66-69.

22. Лапароскопические операции на матке и ее придатках у больных раком молочной железы / С.Ю. Слетина, И.Г. Комаров,

Д.В. Комов, Т.М. Кочоян, А.В. Волобуев // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2008. – №2. – С. 23-26.

23. Исследование эффективности лапароскопической нефрэктомии у больных раком почки / Т.М. Кочоян, Д.В. Комов, В.Б. Матвеев, И.Г. Комаров, Р.А. Керимов, А.В. Логачев, А.С. Ожерельев, М.Б. Ориновский // Современные технологии в медицине. – 2011. – №2. – С.96-99.

24. Эндоскопический метод радикального лечения рака тела матки / Т.М. Кочоян, Д.В. Комов, А.С. Ожерельев, М.Б. Ориновский, С.Ю. Слетина, А.И. Беришвили // Современные технологии в медицине. – 2011. – №2. – С.35-41.

25. Видеохирургия в диагностике, лечении и оценке эффективности лечения больных с опухолями яичников / Т.М. Кочоян, Д.В. Комов, И.Г. Комаров, Р.А. Керимов, А.И. Беришвили, А.В. Логачев, И.В. Высоцкая // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2011. – №1. – С. 48-54.

26. Видеохирургия в лечении раннего рака тела матки / Т.М. Кочоян, Д.В. Комов, Р.А. Керимов, С.Ю. Слетина, А.В. Логачев // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2011. – №2. – С. 77-82.

27. Хирургическое лечение опухолей почки с использованием эндоскопических методик / Т.М. Кочоян, Д.В. Комов, В.Б. Матвеев, И.Г. Комаров, Р.А. Керимов, А.В. Логачев // Новости хирургии. – 2011. – Т. 19, № 3 – С. 03-97.

28. Диагностические операции у онкогематологических больных с использованием эндохирургических методик / Т.М. Кочоян, Д.В. Комов, И.Г. Комаров, А.В. Леонтьев, А.В. Логачев, Т.В. Беляева, К.К. Цагараева // Сибирский онкологический журнал. – 2011. – №3 – С. 64-69.