

во-резервуарные стриктуры (HR 1,6; $p < 0,0001$). Выбор отведения мочи опосредованно связан со снижением функции почек.

Выводы. Отдаленные результаты динамической нефросцинтиграфии у исследуемой группы больных в сроки от 6 до 60 месяцев выявили значительное ухудшение секреторно-экскреторной функции паренхимы почек в 36,4% случаев, замедление эвакуации ЧЛС в 36,4% и отсутствие каких-либо нарушений в 27,2% случаев, что сопоставимо с литературными данными. Таким образом, наша модификация кишечной пластики может быть использована после РЦЭ наряду с традиционными видами ортотопической деривации мочи.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКОГО В ТОРАКАЛЬНОЙ ОНКОЛОГИИ

Т.А. Обухова, Д.Д. Сехниаидзе, А.В. Лысцов

МК МЦ «Медицинский город», г. Тюмень

Видеоассистированные хирургические вмешательства на органах грудной и брюшной полости являются современным и перспективным направлением общей хирургии. Широко применение эндоскопических технологий в онкологической практике наблюдается лишь в последние десятилетия и проходит период становления и накопления опыта. Более ста лет назад, в 1910 г., шведский врач Н.С. Уасобаеус произвел первую торакоскопию, используя цистоскоп для осмотра плевральной полости. Данное вмешательство, пожалуй, можно считать точкой отсчета эры видеохирургии. Первую торакоскопическую лобэктомию в 1992 г. выполнил R. Roviero, в РФ опыт первой торакоскопической лобэктомии и пневмонэктомии принадлежит Е.И. Сигалу 1993 г. и 1996г. соответственно. Сегодня в Российской Федерации видеоассистированные торакоскопические анатомические резекции легкого выполняются лишь небольшим количеством крупных хирургических центров. По данным многоцентрового проспективного исследования CALGB 39802 доказано, что, несмотря на более требовательную технику исполнения, видеоторакоскопическая лобэктомию не нарушает онкологических принципов и обладает преимуществами для больного (Scott J. и соавт., 2007). Однако выполнение торакоскопической лобэктомии в настоящее время не является стандартным и широко распространенным методом лечения больных с опухолевой патологией легких, как в России, так и за рубежом. В США торакоскопический доступ применяют менее чем в 5% всех лобэктомию, выполняемых по поводу начальных форм рака легкого, в Великобритании – менее чем в 4% (Амиралиев А.М., О.В. Пикин 2013). Краеугольным камнем дискуссий о целесообразности использования данной методики является вопрос возможности выполнения медиастинальной лимфаденэктомии в объеме, соответствующем таковой при открытом доступе.

Цель исследования: провести анализ непосредственных, а в последующем и отдаленных резуль-

татов торакоскопических анатомических резекций легких.

Материал и методы. За период с 2011 г. по ноябрь 2014 г. в торакальном отделении МКМЦ «Медицинский город» было выполнено 80 торакоскопических анатомических резекций легкого. Из 80 вмешательств 8 операций выполнено в объеме пневмонэктомии (3 справа и 5 слева) и 72 операции в объеме лобэктомии. Верхняя лобэктомия справа выполнена у 27 больных (37,5%), верхняя лобэктомия слева – у 15 (20,8%), нижняя лобэктомия слева у 13 (18%), нижняя лобэктомия справа – у 10 (14%), средняя лобэктомия – у 4 (5,5%), нижняя билобэктомия справа – у 3 (4,2%). В 6-ти случаях лобэктомия носила комбинированный характер: с циркулярной резекцией главного бронха ($n=4$), с клиновидной резекцией легочной артерии ($n=1$), с циркулярной резекцией главного бронха и легочной артерии ($n=1$). Все операции осуществлялись либо полностью торакоскопическим способом (из 3-4 портов 5-10 мм с расширением одного из портов до 5 см непосредственно перед извлечением препарата) либо из однопортового доступа 4-5 см, используемого как для манипуляций, так и для извлечения препарата. Реберные ранорасширители не применялись.

Результаты и обсуждение.

Средний возраст больных составил $57,5 \pm 34,5$ лет. Соотношение мужчин и женщин составило 5:3. Основная доля вмешательств (78,75%) выполнена по поводу рака легкого ($n=63$). 6,25% больных прооперированы по поводу солитарных метастазов в легкое ($n=5$). В 2 случаях это были метастазы рака почки, в 2-х – рака кишечника и в 1 – рака яичников. 6,25% больных прооперированы по поводу туберкулем ($n=5$), 5% – по поводу доброкачественных образований легкого ($n=4$) и 3,75% ($n=3$) по поводу других причин (абсцесс и т.д.). Из 63 случаев рака легкого 10 (16%) составили центральные формы рака и 53 (84%) периферические. Во всех этих случаях операция включала стандартный объем систематической медиастинальной лимфодиссекции. Среднее количество удаленных лимфоузлов – 11 штук. Размер опухоли варьировал от 0,8 до 6 см, и в среднем был равен 3,3 см. По результатам планового гистологического исследования из 63 больных, оперированных по поводу рака легкого, у 44 (70%) была подтверждена I стадия опухолевого процесса ($pT_{1-2}N_0M_0$). У 14 больных в связи с обнаружением метастатического поражения внутригрудных лимфатических узлов произведено рестадирирование: $pT_{1-2}N_1M_0$, II стадия – у 5 (8%) и $pT_{1-2}N_2M_0$, III стадия – у 9 больных. Кроме того, III стадия диагностирована еще у 3-х больных с $pT4N0M0$ (опухолевые узлы в той же доле). Таким образом, III стадия зарегистрирована у 19% больных. У оставшихся двух больных (3%) зарегистрирована IV стадия рака легкого ($pT_{1-2}N_0M_1$) с солитарными метастазами в головной мозг ($n=1$) и противоположное легкое ($n=1$). В этих случаях получить морфологию на дооперационном этапе не представлялось возможным. Средняя продолжительность операции составила 233 ± 133 минуты. Средняя кровопотеря составила 200 мл. Средняя длительность воздушотечения была около 2 суток, а длительность дренирования плевральной полости в среднем составила 6 суток.

Был 1 летальный исход (1,25%) на 15-е сутки после операции, причиной которого стала тромбоэмболия легочной артерии. У 12 больных (15%) зарегистрированы послеоперационные осложнения. Основную долю послеоперационных осложнений составили бронхоплевральные свищи – 6 случаев (50% от всех зарегистрированных осложнений). Из них 2 случая – несостоятельность культи главного бронха после пневмонэктомии. 4 из 6-ти были оперированы повторно: у 1 пациента выполнено ушивание дефекта анастомоза; у 1 пациента – резекция культи главного бронха, у двух пациентов выполнена итеративная пневмонэктомия после неоднократных попыток ушивания дефекта. У 3-х больных был диагностирован свернувшийся гемоторакс, им была выполнена ре-ВТС, санация плевральной полости. У двух пациентов послеоперационный период осложнился развитием эмпиемы плевры, которая была купирована консервативными методами. У 1 пациентки был выявлен перекрут средней доли после верхней лобэктомии справа, она была повторно оперирована – выполнена средняя лобэктомия.

У 10 из 80 больных (12,5%) осуществлена конверсия в открытую торакотомию по следующим причинам: кровотечение (n=3), выраженный спаечный процесс, в том числе в области корня (n=2), плотные увеличенные лимфоузлы в корне легкого, не позволяющие обработать сегментарные сосуды (n=2), аномалия легочных сосудов (n=1), невозможность определить принадлежность опухолевого узла к той или иной доле при отсутствии междолевой щели (n=1), техническая неисправность (заклинивание сшивающего аппарата на бронхе) (n=1).

Выводы: Торакоскопические анатомические резекции легких не сопровождаются высокой летальностью и высокой частотой осложнений. К преимуществам эндоскопического доступа по сравнению с торакотомией относится, в первую очередь, малая травматичность, поскольку позволяет избежать кровопотери и травмы межреберных нервов, значительно снизить выраженность послеоперационной боли, а, в ряде случаев, и полностью избежать ее. Кроме того, при торакоскопическом доступе достигается хороший косметический эффект, характерна ранняя реабилитация и сокращение сроков пребывания в стационаре.

ВЕРХНЯЯ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ОДНОПОРТОВАЯ ЛОБЭКТОМИЯ СЛЕВА С ЦИРКУЛЯРНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ СТВОЛА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ И ГЛАВНОГО БРОНХА

Д.Д. Сехниаидзе, Т.А. Обухова, А.Н. Лагуттов

МК МЦ «Медицинский город», г. Тюмень

Операция видеоторакоскопическая лобэктомия с резекцией легочной артерии до сих пор не принята в торакальной хирургии. Процедура технически трудно выполнима. Тем не менее, в некоторых случаях, у пациентов с тяжелым коморбидным статусом, может потребоваться использование этого вмешательства. Мы представляем первое сообщение о верхней лобэктомии слева с циркулярной резекцией ствола легочной артерии выполненной через однопортовый доступ.

Лобэктомия с резекцией легочной артерии является альтернативной операцией пневмонэктомии у больных с низкими функциональными резервами сердечно-легочной системы. Видеоторакоскопические ангиобронхопластические вмешательства по-прежнему остаются сложным для большинства хирургов. В единичных публикациях для этого применяется трехпортовая методика ВТС. Но можно выполнить эту операцию через один разрез. Ниже представлены технические аспекты этой операции.

Клинические данные. Пациент Б., мужчина, 66 лет. Стаж курения 40 лет по 1 пачке в сутки. Опухоль верхней доли левого легкого выявлена при профилактической флюорографии в ноябре 2013 года. Клинических проявлений заболевания не было. При КТ органов грудной клетки с ангиопульмонографией, описана опухоль верхней доли левого легкого, растущая в ствол левой ЛА непосредственно ниже отхождения первой ветви ствола ЛА. Увеличенные лимфоузлы в средостении не определялись. При ФБС, в устье верхнедолевого бронха определялась экзофитная опухоль. Результат биопсии – плоскоклеточный неороговевающий рак. Спирография показала низкие функциональные резервы легких (ЖЕЛ 70%, ОФВ1 43%), что, в свою очередь, препятствовало выполнению радикального хирургического вмешательства в объеме пневмонэктомии. 30.12.2013 г. пациент подвергнут радикальному хирургическому лечению из однопортового доступа. Пациент помещен в положение на правом боку. Выполнен однопортовый доступ в 5 межреберье длиной 6 см. Тканевые ретракторы и реберные расширители не использовались на протяжении всего вмешательства. При ревизии подтверждена опухоль верхней доли левого легкого. Интраоперационной находкой при ревизии явилось вращение опухоли экстраперикардиальный отрезок верхней легочной вены. Первым этапом была разделена легочная связка с лимфодиссекцией №8 и №9 групп ЛУ. Затем была разделена междолевая щель с клипированием и пересечением добавочной язычковой артерии. После этого, позади диафрагмального нерва был вскрыт перикард. Интраперикардиально выделена верхняя легочная вена, затем ствол левой ЛА. Верхняя легочная вена прошита и пересечена сшивающе-режущим аппаратом. Левый главный бронх и нижнедолевой бронх были выделены с лимфодиссекцией групп ЛУ №5 и №6. Затем, после обработки язычковых артерий сшивающе-режущим аппаратом, подтверждено вращение опухоли в ствол ЛА. Перед пережатием ствола ЛА, внутривенно введено 5000ЕД простого гепарина. На ствол ЛА наложен сосудистый зажим Сатинского, на нижнедолевою артерию наложен сосудистый зажим типа «бульдог». После этого произведена верхняя лобэктомия с циркулярной резекцией ствола ЛА и главного бронха единым блоком. Препарат был временно помещен в диафрагмальный синус. После лимфодиссекции группы ЛУ №7 был произведен реконструктивный этап операции. Был наложен межбронхиальный анастомоз непрерывным швом (монокрил 3/0). Затем наложен сосудистый анастомоз непрерывным сосудистым швом (пролен 4/0). Последним этапом удален препарат в эндоскопическом контейнере. По данным гистологического исследова-